



**ILDA TERESA DIAS
CAETANO**

**OS EFEITOS DA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR
EM SOBREVIVENTES DE CÂNCRO DA MAMA.
INTEGRAÇÃO DA PSICOEDUCAÇÃO COM A
FISIOTERAPIA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Anabela Pereira, Professora Associada com Agregação e co-orientação da Professora Doutora Ana Torres, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho à minha mãe, sobrevivente de cancro da mama

o júri

presidente

Professora Doutora Isabel Maria Barbas dos Santos
Professora Auxiliar, Universidade de Aveiro

Doutor Ricardo João Fernandes Teixeira
Especialista, Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

agradecimentos

Gostaria de deixar um agradecimento sincero a todas as pessoas que, de alguma forma, colaboraram para a elaboração deste trabalho.

À Professora Anabela Pereira pelo seu incentivo e apoio. Encorajou-me a realizar o mestrado desde o primeiro dia em que nos conhecemos.

À Professora Ana Torres não só pela ajuda ao longo de todo o processo, mas também pela generosidade em partilhar o seu saber e o seu trabalho.

À minha colega fisioterapeuta e amiga Rita Silva pela sua participação imprescindível neste trabalho, mas também pela oportunidade de colocar em prática diariamente a abordagem multidisciplinar.

À minha amiga Ana Cristina pelo seu olhar minucioso.

Ao meu serviço Aces Baixo Vouga que permitiu a realização deste estudo e a todas as sobreviventes que participaram no trabalho.

Gostaria também de agradecer a toda a minha família pela estabilidade emocional que me proporcionam. Um agradecimento especial aos meus pais pelo incentivo e apoio para alcançar os meus objetivos. Também agradeço o "trabalho de equipa" com o meu marido pois só assim foi possível a realização deste estudo.

Para terminar, o maior agradecimento é para as minhas filhas, pois são a minha principal fonte de motivação, energia e felicidade.

palavras-chave

Sobreviventes de cancro da mama, intervenção multidisciplinar, psicoeducação, fisioterapia, qualidade de vida.

resumo

Nas mulheres, o cancro da mama é a neoplasia mais frequentemente diagnosticada. No futuro, prevê-se um aumento da incidência de cancro da mama em Portugal. A evolução dos tratamentos e a deteção cada vez mais precoce da doença tem aumentado o número de sobreviventes. Esta população, que já não se encontra em fase ativa da doença, frequentemente apresenta sintomas físicos e psicológicos como consequência da doença e dos tratamentos a que foram sujeitas. Torna-se pois necessária uma intervenção multidisciplinar, como tem sido evidenciado recentemente. O presente estudo propõe desenvolver um programa de intervenção multidisciplinar em grupo. Foi utilizado um programa psicoeducativo já alvo de estudo, que em conjunto com uma componente de fisioterapia, resultou no programa multidisciplinar aplicado. A amostra constituída por 21 sobreviventes de cancro da mama foram sujeitas a distribuição por dois grupos: o grupo com intervenção multidisciplinar e o grupo sem intervenção. Ambos os grupos de sobreviventes foram sujeitas a dois momentos de avaliação: antes e depois da intervenção. No grupo de intervenção verificou-se benefícios significativos em vários domínios da qualidade de vida (estado geral e função emocional) e do autoconceito (autoconceito total e autoeficácia). Enquanto no grupo sem intervenção, apesar de também se ter verificado um aumento significativo de autoeficácia, observou-se uma diminuição significativa da função emocional. Conclui-se que o programa multidisciplinar resultante deste trabalho se revelou eficaz no aumento da qualidade de vida e no autoconceito de sobreviventes de cancro da mama. Será pertinente replicar este estudo a uma amostra mais representativa para que as implicações clínicas e psicoeducativas deste trabalho possam ser mais esclarecidas e eventualmente generalizadas para a população em estudo. A abordagem psicoeducativa mostrou-se eficaz, trazendo benefício a esta intervenção multidisciplinar, sugerindo que a mesma possa ser introduzida como uma boa prática contribuindo assim para a qualidade de vida, promoção da saúde e bem-estar destas sobreviventes.

keywords

survivors of breast cancer, psychoeducational intervention, psysiotherapy, quality of life.

abstract

Breast cancer is the most frequent neoplasia among women. In the near future an increase of its incidence is foreseen in Portugal. Treatment evolution and early detection have led to higher survival rates. Survivors often have physical and psychological symptoms as a result of ailment itself, or as a side effect of active treatment. Undergoing a follow-up, multidisciplinary care team becomes essential as it has been proved. This study outlines the development of a multidisciplinary intervention programme. A former psychoeducation plan coordinated with physical therapy has been used resulting in the multidisciplinary intervention programme. A sample of 21 breast cancer survivors divided into two groups the first group within a multidisciplinary intervention and the second group without it. Both groups were monitored within two different moments, before and after intervention. The former presented effective benefits amidst several quality of life domains (physical and emotional functioning) and self-concept (global self-concept and self-efficacy). The second group also showed significant increase in personal effectiveness but a lower emotional condition was evident though. Multidisciplinary intervention care led to an evident success in the increase of quality of life and self-concept among breast cancer survivors. Further experiment within wider groups is to be considered so that clinical and psychological educational effects can be achievable and likely to be applied amidst samples. The psychoeducation approach succeeded in multidisciplinary intervention as it suggests its regular application towards a better quality of life, health promotion and well-being of these survivors.

Índice

Introdução	1
Método	8
Participantes	8
Instrumentos	11
Procedimentos	14
Resultados	16
Caracterização da adaptação psicológica das sobreviventes de cancro	17
Avaliação da eficácia da intervenção no pré e no pós-teste	18
Diferenças entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo no pós-teste	21
Discussão	22
Referências	25

Introdução

Nas últimas décadas, tem-se verificado um aumento do número de casos de cancro. Nos países desenvolvidos, este aumento relaciona-se com a mudança nos estilos de vida, nomeadamente, com os hábitos tabágicos, a inatividade física e o tipo de alimentação bem como com o aumento da esperança de vida (Jemal, Bray, Center, Ferlay, Ward & Forman, 2011).

Na União Europeia, a previsão realizada pela *International Agency for Research on Cancer (IARC)*, tendo como base apenas o envelhecimento da população, determina um aumento dos novos casos de cancro em 13.7%. As previsões para Portugal são semelhantes e apontam para um acréscimo de 12.6% (DGS, 2013). Na Europa, em 2012, estima-se que tenham havido mais de 3.4 milhões de novos casos de cancro e 1.75 milhões de mortes causadas pelo cancro. Nas mulheres, o cancro da mama foi, indubitavelmente, a neoplasia mais frequentemente diagnosticada (28.8% do total) e também o tipo de cancro que mais mortes provocou (16.8%) (Ferlay, Steliarova-Foucher, Lortet-Tieulent, Rosso, Coebergh, Comber, & Bray, 2013).

Os avanços técnicos e científicos na deteção precoce do cancro da mama e no seu tratamento têm conduzido a uma diminuição muito significativa da mortalidade, o que, por sua vez, tem vindo a determinar um aumento importante do número de pessoas sobreviventes de cancro, cujas funcionalidade e qualidade de vida foram afetadas pelo diagnóstico (Gerber, 2005). Estima-se que existam cerca de 4.4 milhões de mulheres em todo o mundo e 18 265, em Portugal, a quem foi diagnosticado cancro da mama nos 5 anos anteriores (Ferlay *et al.*, 2013). Assim, a doença oncológica, de uma forma geral, e o cancro da mama, em particular, deixaram de ser considerados como uma doença inevitavelmente fatal, passando a ser conceptualizadas como uma doença crónica que, como tal, persiste, pode reincidir e requer cuidados médicos por longos períodos de tempo (Pimentel, 2006). *Mullan*, médico e sobrevivente de um cancro, foi o primeiro a usar o termo “sobrevivente”. Falava este especialista de uma experiência marcadamente individual e com implicações físicas, sociais e emocionais decorrentes de uma vida com e após um cancro (Pinto, 2007). Não obstante, o conceito de “sobrevivente” não reúne consenso. O *National Coalition for Cancer Survivorship* considera que o termo “sobrevivente” é aplicado a todas as pessoas a quem é feito um diagnóstico de cancro até ao fim da vida (Pinto, 2007). No entanto, outros autores advogam que “sobrevivente” é

tão-só quem já terminou os tratamentos, não se encontrando já em fase ativa da doença (Solana, 2005). Neste trabalho, considerámos como “sobreviventes” as mulheres que já não se encontravam em fase ativa da doença e, concomitantemente, que já terminaram os tratamentos. cremos assim que, com esta definição mais restrita de “sobreviventes”, seja possível criar um grupo mais homogéneo.

A vivência do cancro da mama é considerada uma experiência de crise. São numerosas as consequências psicológicas dos doentes com cancro. Estas não se restringem apenas ao paciente; incidem também sobre os seus familiares mais diretos (Schulz & Schwarzen, 2003). Estas consequências podem ser influenciadas por algumas variáveis como, a título exemplificativo, o tipo de cancro, as expectativas de sobrevivência do paciente, a maior ou a menor agressividade dos processos terapêuticos, as alterações na imagem corporal, as características da personalidade, entre outras (Ribeiro, 1998). A fase de diagnóstico de cancro da mama parece constituir-se como um período de crise durante o qual o doente sente a sua vida, o seu futuro e o seu corpo ameaçados, podendo consequentemente experienciar níveis elevados de depressão ou de ansiedade (Moreira, Silva & Canavarro, 2008; Caetano, 2005). O confronto com o diagnóstico de uma doença oncológica afeta não só a própria pessoa como também a sua família e as pessoas com as quais se relaciona, constituindo momentos de grande angústia, sofrimento e ansiedade (Bergamasco & Angelo, 2001; Venâncio, 2004). O diagnóstico de cancro traz acopladas as ideias de morte, sofrimento, mutilação, dor e incerteza, em relação ao futuro daqueles que sofrem (Kovács, 1998; Carvalho, Franco, Kovács, Liberato, Macieira *et al.*, 2008). No que diz respeito aos sobreviventes, os estudos apontam para que a maioria se consegue adaptar bem, existindo, no entanto, uma minoria que apresenta sintomatologia depressiva e ansiosa grave, sendo o seu ajustamento psicossocial mais pobre (Moreira *et al.*, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Qualidade de Vida (QdV) como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1998). Segundo Canavarro *et al.* (2006), a qualidade de vida é um constructo dinâmico e multidimensional, que engloba os domínios físico, psicológico, social, nível de independência, ambiente e espiritualidade. Ao longo dos anos muitos têm sido os investigadores que estudaram a QdV nas mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença, desde o diagnóstico ao período de sobrevivência. A

fase do diagnóstico é considerada como um período de transição em que, geralmente, ocorre uma diminuição da QdV geral e da QdV no domínio físico, mais em particular (Moreira *et al.*, 2008). Esta diminuição da QdV deve-se, em parte, aos internamentos hospitalares e à antecipação da cirurgia, que podem comprometer os níveis de energia e a percepção de vitalidade que a doente sente, as suas atividades quotidianas, a possibilidade de trabalhar ou o seu padrão de sono e repouso (Moreira *et al.*, 2008). No que diz respeito às sobreviventes, apresentam uma boa QdV geral, sendo esta superior à do grupo das mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama (Moreira *et al.*, 2008). Apesar do processo de recuperação poder ser demorado e emocionalmente desafiante, a maioria das sobreviventes consegue adaptar-se relativamente bem ao longo do tempo, reportando uma boa QdV em muitos domínios do seu funcionamento (Kornblith, 1998).

Segundo Amorim (2007), as estratégias de *coping* representam os meios utilizados pelas pessoas para lidar com acontecimentos indutores de *stress*, conduzindo à aceitação, à transformação ou à alteração de uma ameaça. Para Kann (1995, citado por Varela & Leal, 2007) o *coping* face à doença diz respeito ao conjunto de processos utilizados para reduzir as ameaças à integridade individual e conservar o equilíbrio emocional. Alguns autores referem que as estratégias de *coping* são um importante indicador de bem-estar emocional e que estão associadas à sobrevivência na população com cancro da mama. Petticrew, M., Bell, R. & Hunter, D (2002) não corroboraram esta ideia no estudo que efetuaram, embora considerem que essa relação é biologicamente possível. Algumas investigações estabelecem que o espírito de luta e o fatalismo são as estratégias de *coping* mais utilizadas pelas sobreviventes de cancro, promovendo a redução da ameaça e contribuindo simultaneamente para a adoção de uma postura otimista e, conseqüentemente, para um melhor prognóstico (Varela & Leal, 2007).

Vaz Serra (1986) define o autoconceito como a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma a respeito de si. Esta percepção é composta por imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar e o que pensamos que os outros pensam de nós e também de como gostaríamos de ser (Burns, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002). Ao longo dos tempos, tem sido realçada a importância do autoconceito para o funcionamento e bem-estar do indivíduo, da sua origem social e do seu papel central, enquanto regulador e mediador do comportamento, percepções e expectativas pessoais (Albuquerque & Oliveira, 2002). A

definição do autoconceito geral pode compreender outras denominações (e.g. autoestima, autoimagem, autoeficácia) (Albuquerque & Oliveira, 2002). Uma das denominações possíveis do autoconceito geral é a de autoeficácia. Esta, incide nas auto percepções, isto é, o indivíduo acredita e confia na sua aptidão e na sua eficiência para lidar com a situação, conduzindo, assim, a resultados favoráveis (Albuquerque & Oliveira, 2002). Um estudo desenvolvido por Vaz Serra, Antunes & Firmino (1986) concluiu que as pessoas que possuem um bom autoconceito têm menos probabilidade de evidenciar sintomatologia depressiva, apresentando maior aptidão para desenvolverem expectativas positivas face a si e aos outros, lidando também melhor com os acontecimentos inesperados. Outros autores referem que um autoconceito positivo permite uma melhor adaptação à doença (Amorim, 2007). O cancro da mama além de acarretar sintomatologia ansiosa e depressiva, também causa distúrbios no autoconceito, em especial, na autoimagem e na imagem corporal. Este impacto no autoconceito surge na fase do diagnóstico e prolonga-se pelas fases seguintes (Caetano & Soares, 2005).

A OMS promove o controlo do cancro da mama através de programas nacionais integrando as seguintes áreas: prevenção, deteção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (Khan, 2012). A área de reabilitação de doentes com cancro está baseada na forte inter-relação que existe entre as componentes física, psicológica e social da vida humana. O objetivo da reabilitação é o de promover os ajustamentos psicológico e físicos globais. Este objetivo implica que a intervenção se centre no reforço das estratégias de *coping*, na melhoria da quantidade e qualidade do apoio social e familiar e no restabelecimento da capacidade física (Ronson & Body, 2002).

Existem diferentes abordagens e formatos de intervenção, nomeadamente individual e em grupo, cujas vantagens têm sido discutidas (Berglund, 1994). Farash (1979) não encontrou diferenças entre as intervenções individual e de grupo, num estudo randomizado com mulheres mastectomizadas. Num estudo realizado com doentes de cancro, foi colocada a 38 participantes uma questão sobre se preferiam intervenção individual ou em grupo. Todos as participantes preferiram a intervenção em grupo (Krumm, 1979). Esta permite, afinal, a partilha entre os participantes (Berglung, 1994). Neste contexto de intervenção em grupo, as intervenções psicossociais abarcam diversos tipos de modelos; nomeadamente, os de intervenção psicoeducacional, terapia cognitivo-comportamental e expressão emocional. Segundo Dastan & Buzlu (2012), uma das

abordagens psicossociais mais eficazes com pacientes de cancro consiste na intervenção psicoeducativa. Souza & Araújo (2010) referem que programas de intervenção de grupo que incluem psicoeducação têm encontrado benefícios para as sobreviventes de cancro, especialmente, pelo fornecimento de informação acerca da doença e tratamento, que se assume como suficiente para ultrapassarem as suas dificuldades. Torres (2014), na sua investigação com 62 mulheres sobreviventes de cancro da mama, concluiu que a intervenção com um programa psicoeducativo é mais eficaz do que a intervenção com um programa cognitivo comportamental. Outros autores referem os benefícios das intervenções psicoeducativas, nomeadamente, no ajustamento psicossocial e na autoeficácia (Dastan & Buzlu, 2012; Rottmann, Dalton, Christensen, Frederiksen, & Johansen, 2010).

Existem poucos estudos com programas de reabilitação de doentes oncológicos que integrem simultaneamente a promoção das reabilitações psicossocial e física, conforme sugerem Ronson & Body (2002). Um dos exemplos encontrados reporta-se a um estudo piloto realizado numa amostra de 57 homens com cancro da próstata. Esta intervenção multidisciplinar consistiu na realização de 8 sessões de uma hora, em que eram trabalhados os seguintes temas: informação médica sobre a doença, relaxamento, resolução de problemas, nutrição e exercício físico. Os resultados deste estudo sugerem que este programa pode reduzir a ansiedade e melhorar a qualidade de vida (Ames *et al.*, 2011). O “Starting again group rehabilitation program” é um programa que enfatiza o treino físico, a informação e o treino de estratégias de *coping* em 11 sessões de 2 horas. Os resultados deste estudo, realizado numa amostra de 60 doentes com cancro, mostraram um aumento significativo da avaliação da receção de informação, de força física e do espírito de luta (Berglund, Bolund, Gustafsson & Sjoden, 1994). Os autores deste estudo realçam que, embora tenham havido mudanças a nível das atividades física e sociais na avaliação da receção da informação, não houve diminuição nos sintomas depressivos e de ansiedade. Segundo Berglund *et al.* (1994), para alcançar a diminuição desta sintomatologia, os programas devem abordar estratégias para lidar com os sintomas depressivos e de ansiedade.

Outro estudo que avaliou os resultados da integração da intervenção cognitivo-comportamental e da atividade física encontrou benefícios na fadiga em sobreviventes de cancro, ainda que também tenha concluído que a atividade física, por si só, é tão ou mais

eficaz do que a combinação das intervenções (Weert *et al.*, 2010). Kwiatkowski e colaboradores (2013) realizaram um estudo sobre o programa “PACThe – Programme of Accompanying women after breast Cancer treatment completion in Thermal resorts”, que pretendia não só aumentar a qualidade de vida das mulheres sobreviventes de cancro da mama (que completaram os tratamentos há menos de 9 meses) mas também reduzir o peso e alcançar as recomendações internacionais sobre nutrição e atividade física. Ao longo de 2 semanas, estas mulheres eram acompanhadas por uma equipa multidisciplinar (psico-oncologista, fisioterapeuta, médico e nutricionista), tendo o programa demonstrado benefícios na qualidade de vida, ansiedade e depressão. Existem alguns trabalhos a sugerir a promoção deste tipo de programas multidisciplinares; no entanto, um estudo de revisão sobre os efeitos destes programas em sobreviventes de cancro da mama concluiu que existe pouca evidência dos efeitos nas competências funcionais, no ajustamento psicossocial e na participação em atividades sociais (Khan *et al.*, 2012).

Alguns dos estudos referidos anteriormente incluem a componente da fisioterapia, o que nos levou a debruçar sobre a pertinência desta disciplina na população abordada neste trabalho. A fisioterapia na saúde da mulher, nomeadamente, a intervenção no cancro da mama, tem-se revelado decisiva para o bem-estar físico e psicológico das mulheres. Esta intervenção assenta essencialmente, ao nível dos períodos pré e pós-cirurgia e é muito direcionada para a prevenção e o tratamento das complicações funcionais que daí advêm. Vários estudos têm demonstrado o impacto positivo da fisioterapia na limitação física, na sexualidade e na QdV global da mulher com cancro da mama submetida a cirurgia com esvaziamento ganglionar (Moreira & Manaia, 2005). Este consenso levou à elaboração de uma *guideline* de intervenção do fisioterapeuta no período pós-cirurgia do cancro da mama para: i) prevenção do linfedema, ii) tratamento do linfedema, iii) intervenção no internamento, e iv) tratamento de complicações específicas (Leduc, 2008 citado por Duarte, 2010).

Montazeri (2008) realizou uma revisão bibliográfica extensa e concluiu que a cirurgia no cancro de mama provoca uma diminuição da imagem corporal, alterações psicológicas e da função sexual com redução da QdV. No mesmo trabalho, os sintomas mais referenciados são os pós-menopáusicos e a dor, sendo que o exercício físico aumenta a qualidade de vida dos indivíduos.

A evidência epidemiológica sugere que, provavelmente, a prática de atividade física reduz o risco de cancro de mama na menopausa, pelo que todas as mulheres inativas na menopausa devem ser encorajadas a ter uma vida ativa (Schmidt, Steindorf, Mutschelknauss, Slinger, Kropp, ... & Chang-Claude, 2008). Esta evidência estende-se às mulheres sobreviventes de cancro de mama, existindo recomendações específicas para Mulheres Adultas Sobreviventes ao Cancro da Mama (Schmit, Courneya, Matthews, Demark-Wahnefried, Galvão, Pinto, ... & Schwartz, 2010) e para prevenção da osteoporose na menopausa (The Royal Australian College of General Practitioners, (2010), relativamente à prática de atividade física.

O cancro da mama é uma doença que muitas vezes coincide com a menopausa (Ganz, Greendale, Petersen, Zibecchi, Kahn & Belin, 2000). Por outro lado, os tratamentos como a quimioterapia e o Tamoxifeno® têm efeitos secundários que se confundem com os sintomas da menopausa (afrontamentos, secura vaginal, mudanças de humor e incontinência urinária) (Ganz *et al.*, 2000). Nos indivíduos com cancro de mama, os sintomas de menopausa são prematuramente induzidos ou agravados pela falência ovariana que pode resultar de alguns tratamentos, como a quimioterapia, radioterapia e imunoterapia (Dorjgochoo, Kallianpur, Zheng, Gu, Chen, Zheng, ... & Shu, 2011).

A atrofia urogenital que ocorre na menopausa pode levar a uma variedade de sintomas urinários, incluindo frequência, urgência, disúria e incontinência com consequências físicas, psicológicas e sociais, influenciando a qualidade de vida da mulher (White, Reeve, Chen, Stover & Irwin, 2013). Com a menopausa, o epitélio vaginal, atrofia provocando sintomas como secura vaginal e dor na relação sexual (dispareunia) (Ganz *et al.*, 2000). Segundo este autor, a função sexual das mulheres sobreviventes de cancro de mama é semelhante à das mulheres pós-menopáusicas saudáveis; contudo, tendem a apresentar taxas mais elevadas de afrontamentos, secura vaginal e sintomas urinários. Os sintomas urogenitais comuns nas mulheres na pós-menopausa parecem ser mais prevalentes e mais graves nas mulheres sobreviventes de cancro de mama (Zibecchi, Greendale & Ganz, 2003).

O treino dos músculos do pavimento pélvico ajudam a prevenir e melhorar os sintomas de secura vaginal e dispareunia, uma vez que há uma relação entre a atrofia muscular e a ocorrência de sintomas. Músculos com melhor capacidade de contração e relaxamento estão relacionados com menor ocorrência de disfunção sexual. Por outro lado,

o fortalecimento destes músculos melhora os sintomas urinários, levando a melhor qualidade de vida das mulheres.

Pretendendo contribuir para um maior conhecimento desta área pretende-se com o presente trabalho, construir, implementar e avaliar um programa de intervenção multidisciplinar, que integra a intervenção psicoeducativa com a fisioterapia em sobreviventes de cancro da mama. Os objetivos específicos deste trabalho pretendem avaliar, se após a aplicação do programa de intervenção multidisciplinar, existe melhoria dos seguintes indicadores psicológicos: a sintomatologia depressiva e ansiosa, as estratégias de *coping*, o autoconceito e a qualidade de vida.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 21 mulheres sobreviventes de cancro da mama pertencentes a 3 Unidades de Saúde familiares (USF) do Centro de Saúde de Aveiro. Foram selecionadas através dos ficheiros clínicos das três unidades de acordo com os critérios de inclusão (idade superior a 18 anos, receção de diagnóstico de cancro da mama, finalização da fase de tratamentos, ausência de sinais de doença neoplásica atual) e de exclusão (incompatibilidade com outros membros do grupo, presença de perturbações psiquiátricas graves, dependência de álcool ou drogas ou perturbações orgânicas). Foram excluídas duas sobreviventes que apresentavam sintomatologia depressiva acentuada, não relacionada com a doença. Estas participantes também não mostraram interesse em participar. Da amostra principal 10 mulheres integraram o grupo de intervenção e 11 fizeram parte do grupo de controlo.

O grupo de intervenção foi constituído por mulheres com uma média etária de 56.80 (min=42; max=69; DP=8.19). Relativamente ao estado civil, a grande maioria são casadas (80%). No que diz respeito à escolaridade mais de metade têm o 1º ciclo (40%) ou o 2º ciclo (20%). Em relação à situação laboral deste grupo, 60% estão no ativo, sendo que a maior parte são trabalhadoras não qualificadas (40%) ou técnicas e profissões intermédias (30%). No que diz respeito às principais características clínicas, observou-se que a média de anos de diagnóstico é de 8 (Min=2; Max= 19; DP= 5.94) e os meios de deteção mais utilizados foram os exames de rastreio solicitados pelo médico (40%), o autoexame realizado pela própria (20%) e a palpação realizada pelo médico (20%). A

cirurgia mais realizada foi a quadrantectomia (30%). Apenas 10% realizaram reconstrução mamária. Relativamente aos tratamentos, a grande maioria foi submetida a radioterapia (80%) e a quimioterapia (70%).

O grupo de controlo foi constituído por mulheres com uma média etária de 59,9 (Max= 76; Min=43; DP=11.31), sendo que a maioria eram casadas (63.6). No que diz respeito às habilitações literárias, a maioria tinha o 3º ciclo (27.3%) e formação universitária (27.3%). Relativamente às características laborais a maioria das mulheres tinham profissões técnicas de nível intermédio (45.5%) e especialistas das atividades intelectuais e científicas, sendo que 45.5% estavam ativos e as restantes reformadas (54.5%). No que diz respeito às características clínicas, verificou-se uma média de anos de diagnóstico de 9 (M=9; Max=21; Min=2; DP=6.42). Metade das mulheres detetaram o cancro da mama através de exames de rastreio solicitados pelo médico. No que diz respeito aos tipos de cirurgia e tratamento, a grande maioria realizou mastectomia (81.8%) e aproximadamente metade (54.5%) realizou quimioterapia.

As subamostras são equivalentes para a maioria das características sociodemográficas e clínicas examinadas, conforme podemos observar nas tabelas de caracterização da amostra (Tabela 1 e 2), exceto para o tipo de cirurgia realizada $\chi^2(21)=8.760$, $p=.033$. Observa-se enquanto que no grupo de controlo a maioria realizou a mastectomia (9), no grupo de intervenção somente 2 a realizaram. Verifica-se, portanto, que as variáveis sociodemográficas e clínicas contínuas são equivalentes em ambos os grupos, nomeadamente a idade ($U=49.00$, $z=-.424$, $p=.690$), número de anos desde o diagnóstico ($U=50.00$, $z=-.355$, $p=.741$), número sessões de radioterapia ($U=15.00$, $z=-.172$, $p=.931$) e quimioterapia ($U=8.00$, $z=-1.959$, $p=.056$) são equivalentes para ambos os grupos. No que diz respeito às variáveis categoriais, o estado civil, $\chi^2(21)=4.028$, $p=.724$, as habilitações literárias, $\chi^2(21)=4.964$, $p=.331$ a categoria profissional, $\chi^2(21)=2.792$, $p=.548$, a situação profissional $\chi^2(21)=2.048$, $p=.387$, e o tipo de tratamento são também equivalentes em ambos os grupos.

Tabela 1*Características sociodemográficas e clínicas (variáveis contínuas)*

	Grupo de intervenção (GI) n=10			Grupo de controlo (GC) n=11			U, p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP	
Idade	56.80	56.50	8.19	59.09	64.00	11.31	49, .690
Anos desde diagnóstico	8	7.50	5.94	9	6	6.42	50, .741
Nº sessões Radio	25.13	26.50	11.53	22	26.50	15.25	15, .931
Nº ciclos Químio	4.86	6	2.34	6.83	6.50	.98	8, .056

M: Média, Mdn: Mediana, DP: Desvio-padrão, U: Teste de Mann-Whitney, p: probabilidade

Tabela 2*Características sociodemográficas e clínicas (variáveis categoriais)*

	Grupo de intervenção (GI) n=10		Grupo de controlo (GC) n=11		χ^2
	n	%	n	%	
Estado Civil					4.028
Solteira	1	(10)	1	(9.1)	
Casada	8	(80)	7	(63.6)	
Viúva	1	(10)	-	-	
União de fato	-	-	1	(9.1)	
Divorciada	-	-	2	(18.2)	
Habilitações literárias					4.964
1º ciclo (1º-4º)	4	(40)	1	(9.1)	
2º ciclo (5º-6º)	2	(20)	2	(18.2)	
3º ciclo (7º-9º)	-	-	3	(27.3)	
Ensino secundário (10º-12º)	2	(20)	2	(18.2)	
Formação universitária	2	(20)	3	(27.3)	
Categoria profissional					2.792
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	2	(20)	3	(27.3)	
Técnicos e profissões de nível intermédio	3	(30)	5	(45.5)	
Pessoal administrativo	1	(10)	2	(18.2)	
Trabalhadores não qualificados	4	(40)	1	(27.3)	

Situação profissional					2.048
Ativa	6	(60)	5	(45.5)	
Reformada	3	(30)	6	(54.5)	
Inválida	1	(10)	-	-	
Meio de deteção					2.068
Auto-exame	2	(20)	4	(36.4)	
Exame por médico	2	(20)	1	(9.1)	
Rastreio por médico	4	(40)	5	(45.5)	
Rastreio LPCC	1	(10)	1	(9.1)	
Outro	1	(10)	-	-	
Tipo de cirurgia					8.760
Tumorectomia	2	(20)	1	(9.1)	
Mastectomia	2	(20)	9	(81.8)	
Quadrantectomia	3	(30)	1	(9.1)	
Quadrantectomia + mastectomia	1	(10)	-	-	
Tumorectomia+ mastectomia	2	(20)	-	-	
Tipo de tratamento					
Radioterapia	8	(80)	7	(63.6)	4.073
Quimioterapia	7	(70)	6	(54.5)	.531
hormonoterapia	2	(20)	-	-	.153

N: tamanho da amostra, %: percentagem, χ^2 : teste do Qui-Quadrado

Instrumentos

O protocolo de avaliação incluiu uma entrevista inicial onde foi preenchido um questionário sociodemográfico e clínico (Anexo A), que permitiu recolher informações referentes à idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, anos de diagnóstico, tipo de cirurgia e de tratamento. Num segundo momento da entrevista as participantes preencheram os instrumentos de avaliação relativos à primeira fase (pré-teste). No final da intervenção foi realizada uma segunda avaliação. A bateria de avaliação psicológica compreendeu os seguintes testes: *Cancer Coping Questionnaire* (CCQ), Escala de ansiedade e depressão hospitalar (EADH), *European organization for research and treatment for cancer* (EORTC) *Quality of life Questionnaire* (QLQ C-30) e suplemento para o cancro da mama BR-23 e o Inventário Clínico do Autoconceito (ICAC) (Anexo B).

O *Cancer Coping Questionnaire* (CCQ) (Moorey, Frampton, Steven, & Greer, 2003; versão portuguesa de Torres, Pereira, & Monteiro, No Prelo) é uma escala de

autoavaliação de 21 itens concebida para medir estratégias ensinadas em terapia psicológica adjuvante. As subescalas correspondem a uma subescala individual e uma subescala interpessoal. A subescala individual é constituída pelos itens de 1 a 14. Os restantes, itens 15 a 21, correspondem à subescala interpessoal e só são abordados quando existem parceiros (Moorey et al., 2003). Cada item é avaliado por uma escala de resposta de 4 níveis (de “nunca” a “muito frequentemente”). Quanto maiores as pontuações obtidas nas subescalas e fatores, mais estratégias de *coping* os avaliados evidenciam. No estudo de validação original verifica-se uma consistência interna adequada, com um α de Cronbach de 0.87 para a subescala individual e de 0.82 para a subescala interpessoal. A validade teste-reteste da subescala individual foi de 0.90 ($n=25$, $p<0.001$) e de 0.84 ($n=19$, $p<0.001$) para a subescala interpessoal. Quando aferido para a população Portuguesa, o questionário mostra correlações de Spearman positivas ($r_s=.59$, $p=0.000$ para a subescala individual, $r_s=.65$, $p=0.000$ para a subescala interpessoal) (Torres, Pereira, & Monteiro, No Prelo). Para a amostra do presente estudo, obteve-se um alfa de Cronbach de ,74 para a subescala individual e ,94 para a subescala interpessoal.

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH) (Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A. Meneses, R., & Baltar, M., 2007) é uma escala de auto-administração de utilização breve, composta por 14 questões (7 para avaliar a sintomatologia depressiva e 7 para avaliar a sintomatologia ansiosa), utilizada na deteção da depressão e ansiedade. É uma escala do tipo Likert, constituída por duas subescalas (depressão e ansiedade) pontuadas de 0 a 3. O resultado total por subescala varia de 0 a 21. Quanto mais elevada for a pontuação final, maior é a presença de sintomatologia (Pais-Ribeiro et al., 2007). Pode ser aplicada em populações idosas, adultas e adolescentes acima dos 16 anos. O estudo original (Zigmond & Snaith, 1983) apresenta características psicométricas satisfatórias, encontrando correlações elevadas com outras medidas de ansiedade ($r_s= 0.74$) e depressão ($r_s= 0.70$). Relativamente, à versão portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2007) verificam-se boas características psicométricas, tendo um alfa de Cronbach de 0.76 para a subescala de ansiedade e de 0.81 para a subescala da depressão. No caso da amostra do presente estudo a subescala de ansiedade apresenta um alfa de Cronbach de 0.56 e de 0.60 para a depressão.

O QLQ-C30 é um questionário desenvolvido para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de pacientes com doença oncológica. Este questionário é composto por 30 itens, divididos por uma escala geral (saúde e qualidade de vida), 5 escalas funcionais (funcionamento físico, papel, emocional, cognitivo e social), 3 subescalas de sintomas relacionados com o cancro e tratamento e por 6 questões simples que avaliam sintomas habituais nos pacientes com cancro (dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras). O formato de resposta é predominantemente do tipo Likert de 4 pontos (“não”, “um pouco”, “bastante” e “muito”). Como exceção existem dois itens da subescala de saúde global e QdV, que usam uma escala modificada de 7 pontos (em que “1” é péssima e “7” ótima). A escala da qualidade de vida geral é uma medida breve e geral de qualidade de vida, com uma confiabilidade interna e validade preditiva apropriada (Carver, C. S., Smith, R. G., Petronis, V. M., & Antoni, M. H, 2006; Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C., 2008). A versão Portuguesa deste instrumento exhibe boas características psicométricas, com um alfa de Cronbach para a escala de saúde e QdV global de 0.88 e valores a variar de 0.57 e 0.87 para as restantes subescalas. A subescala de funcionamento cognitivo e a de funcionamento emocional apresentaram os valores extremos (Pais-Ribeiro et al, 2008). Para a amostra do presente trabalho, os valores de alfa de Cronbach afiguram-se comparáveis ao estudo de validação para o QdV global (.89) e os resultados variam de 0.60 e .1.00 para as restantes subescalas, sendo que as subescalas da dor e náusea obtêm os valores mais elevados (.93 e 1.00 respetivamente). O BR-23 é um suplemento, aplicado a doentes com cancro da mama, sendo constituído por 23 itens, divididos em 4 escalas funcionais (imagem corporal, funcionamento e satisfação sexual e perspetiva futura) e 4 escalas de sintomas (onde se estudam os sintomas da doença e os efeitos secundários do tratamento). Nas escalas de sintomas, as pontuações elevadas indicam elevado nível de sintomatologia (Pais-Ribeiro et al., 2008). Quando o QLQC30 e o BR23 são combinados resultam no Questionário da Qualidade de Vida da Organização Europeia de Investigação e Tratamento do Cancro com o módulo suplementar de cancro da mama (Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., ... Takeda, F., 1993; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al, 2008).

O Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) (Vaz-Serra, 1986) é constituído por 20 itens que avaliam 4 fatores: aceitação/rejeição social, autoeficácia, maturidade

psicológica e impulsividade/atividade. Apresenta-se segundo uma escala de tipo likert em que cada um dos itens é classificado em 5 categorias (de “não concordo” a “concordo muitíssimo”). Nas questões negativas (item 3, 12 e 18), as classificações são invertidas. As pontuações mais elevadas revelam um melhor autoconceito. No estudo original, este instrumento revela boa consistência interna apresentando um coeficiente de Spearman-Brown de 0.79 e adequada estabilidade temporal (0.84) (Vaz-Serra, Antunes, & Firmino, 1986; Vaz-Serra, 1986). A escala total do autoconceito evidencia um alfa de Cronbach de 0.61, para a população em estudo.

Procedimentos

Este trabalho de investigação foi realizado no ACeS Baixo Vouga. Num primeiro momento foi solicitada autorização ao diretor executivo (Anexo C) e posteriormente à Comissão de ética para a Saúde da Administração Regional da Saúde (ARS) do Centro (Anexo D). O estudo foi apresentado aos coordenadores de 3 Unidades de Saúde Familiares (USF) e posteriormente os médicos dessas unidades selecionaram as utentes que cumpriam os critérios de inclusão. As participantes foram convocadas para uma entrevista individual onde lhes foi explicado o estudo e solicitado o seu consentimento informado para participar (Anexo E). Além disso, foram também verificados os critérios de inclusão. Num segundo momento da entrevista as participantes preencheram os instrumentos de avaliação relativos à primeira fase (pré-teste). A distribuição das participantes nos dois grupos não foi efetuada de forma totalmente aleatória, devido à indisponibilidade de horário para participar no grupo de intervenção por parte de algumas sobreviventes.

Neste estudo foi desenvolvido e aplicado o programa MultiMAMAGroup – Programa de Intervenção Multidisciplinar para Sobreviventes de Cancro da Mama (Anexo F). Este programa baseou-se no protocolo adaptado, desenvolvido inicialmente por Araújo (2011) e posteriormente por Torres, Araújo, Pereira e Monteiro (no prelo) tendo sido complementado com estratégias de intervenção de fisioterapia. Este programa de intervenção em grupo foi constituído por 8 sessões semanais com cerca de 90 minutos e foi orientado por uma psicóloga e uma fisioterapeuta com a presença de uma observadora. Na primeira sessão do programa foram distribuídas pastas para as participantes colocarem os materiais fornecidos pelos terapeutas que as acompanharam até ao final do programa. Em

cada sessão foi fornecido às participantes material auxiliar com informação sintética das sessões, incluindo instruções de exercícios que foram praticados ao longo do programa (Anexo G). Na primeira sessão, após a apresentação dos terapeutas, foram apresentadas as regras do funcionamento. Em seguida, procedeu-se à apresentação das participantes recorrendo a uma dinâmica de grupo. Para terminar foi solicitado às sobreviventes de cancro da mama que anotassem os problemas que sentiram nas diferentes fases da doença para depois partilhar com o grupo. Finalmente foram apresentados os temas das sessões do programa, organizando-os em função dos problemas relatados anteriormente. Na segunda sessão foi solicitado que refletissem na causa do aparecimento da sua doença. Seguiu-se uma partilha voluntária e posteriormente relacionou-se estas informações com os fatores de risco para cancro da mama, enfatizando o carácter multifatorial do problema. Na segunda parte da sessão centrámo-nos no estilo de vida contra o cancro, nomeadamente na alimentação saudável e atividade física, na cessação tabágica e alcoólica e nos comportamentos de proteção solar e supervisão da pele. A terceira sessão centrou-se nas alterações corporais relacionadas com os tratamentos e o impacto na autoestima. Neste sentido apresentam-se algumas sugestões no sentido de lidar com as alterações e melhorar a autoestima. De seguida são discutidas as formas de lidar com as alterações listando soluções práticas e fornecendo estratégias que visam o aumento da autoestima. Por fim centrou-se na prevenção do linfedema. A quarta sessão foi dominada pelo tema da gestão das emoções, nomeadamente a gestão do *stress*. Ao longo da sessão foram trabalhadas diferentes estratégias para lidar com o sofrimento psicológico e com o *stress*. Na última parte da sessão abordou-se o tema da incontinência urinária, introduzindo o treino dos exercícios dos músculos do pavimento pélvico. Na quinta sessão manteve-se o tema da gestão das emoções, focando o método de resolução de problemas e os benefícios da meditação, da espiritualidade e do relaxamento. No que diz respeito à componente da fisioterapia relacionou-se os músculos do pavimento pélvico com a sexualidade. Na sexta sessão foi abordado os temas da incerteza e do medo da recorrência. Abordou-se também a importância da atividade física explorando as recomendações internacionais definidas para mulheres sobreviventes de cancro da mama. A sétima sessão foi dominada pelo tema da comunicação: processo, barreiras, estilos, e estratégias de eficácia comunicacional. Mais uma vez foi efetuado o treino dos músculos do pavimento pélvico, avaliando o trabalho efetuado no domicílio. Por último, a oitava sessão consistiu na conclusão do grupo e no

estabelecimento dos objetivos para o futuro. É realizada a avaliação dos objetivos pessoais, a avaliação do grupo e o preenchimento de questionários (pós-teste).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do *Statistical Package for Social Sciences, versão 21.0* (SPSS Inc., Chicago, IL). Os dados foram sujeitos a análises descritivas e inferenciais. As análises realizadas utilizaram preferencialmente estatísticas não paramétricas, tendo em conta as características da amostra e hipóteses a serem testadas. Utilizou-se um teste t de *student* para comparar as médias da nossa amostra com as médias obtidas nos estudos de validação dos respetivos instrumentos de avaliação. Utilizaram-se também os testes de Qui-Quadrado (χ^2) para a avaliação das diferenças entre as variáveis categoriais dos dois grupos estudados e de U de *Mann-Whitney* (U) para as características contínuas e variáveis psicossociais, com vista a avaliar a equivalência dos grupos no início do estudo. O teste de *Wilcoxon* foi utilizado para amostras emparelhadas (T), para comparar os resultados obtidos do pré-teste para o pós-teste dos dois grupos, com o objetivo de avaliar os efeitos das intervenções nas variáveis psicossociais em estudo. Por último, utilizou-se o teste de U de *Mann-Whitney* para avaliar se os grupos no pós-teste diferiam significativamente nas variáveis psicossociais. O tamanho do efeito (r) para a comparação das médias foi calculado através do valor de t na seguinte fórmula $r = \sqrt{t^2 / t^2 + df}$ e para os restantes testes utilizou-se o valor de z na fórmula $r = z / \sqrt{N}$ (Field, 2009). O grau de significância estatístico tido em consideração foi de $p < 0.05$.

Nesta investigação tivemos em consideração a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2000), as indicações da American Psychological Association (APA, 2010) e do código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Regulamento n.º 258/2011 de 20 de Abril de 2011) para o tratamento ético das participantes.

Resultados

Os resultados vão ser apresentados em seguida, respeitando a seguinte ordem: resultados relativos à adaptação psicológica das sobreviventes de cancro da mama, resultados relativos à eficácia da intervenção no pré e no pós-teste e finalmente diferenças entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo no pós-teste.

Caracterização da adaptação psicológica das sobreviventes de cancro

As variáveis psicossociais das subamostras foram analisadas, para o pré-teste. Não se observaram diferenças significativas para o *coping*, sintomatologia psicopatológica, autoconceito e qualidade de vida conforme evidencia a tabela 3.

Tabela 3

Características psicossociais das sobreviventes do estudo

	Grupo de intervenção			Grupo de controlo			U, p
	(GI) n=10			(GC) n=11			
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP	
Coping							
CCQ individual	32.7	32.5	5.4	35.19	36	7.12	37, .223
CCQ interpessoal	14.63	15,5	5.73	15.75	15.5	7.42	29, .798
Sintomatologia							
Ansiedade	6.2	6.5	3.16	5.37	6	2.3	44, .468
Depressão	4.2	2.5	3.71	3.37	4	1.8	54, .973
QLQ C30 BR23							
Estado geral de saúde, QdV	62.5	66.67	20.51	60.61	58.33	23.6	52, .863
Função física	78	76.67	17.22	84.85	80	9.48	42, .387
Função do papel	75	83.33	29.66	87.58	100	15.08	44, .468
Função emocional	77.5	79.17	9.66	82.58	83.33	16.44	45, .512
Função cognitiva	78.33	83.33	24.91	89.45	83.33	11.24	40.5, .314
Função social	95	100	11.25	95.45	100	10.78	54, .973
Nausea e vômito	3.33	0	10.54	0	0	0	49.6, .705
Fadiga	33.33	27.78	29.16	18.19	22.22	15.13	40, .314
Dor	33.33	25	34.25	16.67	16.67	14.91	42, .387
Dispneia	13.33	0	23.31	3.04	0	10.06	43, .426
Insónia	26.67	1667	34.43	24.24	33.33	21.56	52.5, .863
Perda de apetite	13.33	0	32.2	3.04	0	10.06	48.5, .654
Obstipação	30	16.67	36.69	9.1	0	15.57	38, .251
Diarreia	6.67	0	21.18	0	0	0	49.5, .705
Dificuldades financeiras	20	0	32.2	6.07	0	20.1	39, .282
Imagem corporal	86.67	95.83	18.92	92.42	100	13.67	44.5, .468
Função sexual	83.33	83.3	15.71	77.27	83.33	26.11	51, .809
Satisfação sexual	60	66.67	27.89	50	50	18.26	12, .662
Perspetivas futuras	63.33	66.67	33.15	69.7	66.67	34.82	48, .654
Efeitos colaterais da	26.67	23.81	25.71	12.1	9.52	11.54	38.5, .251

terapia

Sintomas da mama	22.5	16.67	20.43	15.15	16.67	16.17	44, .468
Sintomas do braço	26.67	16.67	30.18	19.2	22.22	15.79	54, .973
Incômodo queda de cabelo	33.33	33.33	29.81	33.33	33.33	47.14	6. 1.000
Autoconceito Total	64.6	66	6.23	63.9	64	3.37	42, .387
Aceitação	18.7	19	1.34	18.4	19	1.97	51, .809
Auto-eficácia	19.1	19.5	1.8	19.1	19	1.3	53, .918
Maturidade	15.2	15	3.12	15.7	16	1.56	49, .705
Impulsividade	11.6	12	1.43	10.7	11	1.28	35, .173

M: Média, Mdn: Mediana, DP: Desvio Padrão, U: Teste de U de Mann-whitney; p: probabilidade

Foram também comparados os dados das escalas obtidas no pré-teste com os dados normativos do estudo da validação portuguesa. Verificou-se que na escala EADH, na subescala referente à ansiedade, os resultados obtidos pela nossa amostra ($M=5.76$, $DP=2.70$) eram significativamente inferiores aos dados da população normativa ($t(20)=-5.80$, $p<.001$, $r=.79$). Também na subescala da depressão, os resultados da nossa amostra ($M=3.76$, $DP=2.83$), foram significativamente inferiores aos dados normativos para esta população ($M=5.89$) $t(20)=-3.45$, $p=.003$, $r=.37$.

No que diz respeito às dimensões da QLQ-C30, na nossa amostra, a função emocional ($M=80.16$, $DP=13.56$) e a função social ($M=95.24$, $DP=10.73$) apresentaram resultados significativamente superiores ao da população normativa ($M=62$, $T(20)=6.14$, $p<.001$, $r=.81$) ($M=77.63$, $t(20)=7.52$, $p<.001$, $r=.86$). Contrariamente, a escala de sintomas náusea e vômitos apresentou resultados significativamente inferiores para a nossa população ($M=1.59$, $DP=9.17$) comparando com a norma ($M=9.17$, $t(21)=-4.78$, $p<.001$, $r=.72$). Em relação ao Inventário Clínico do Autoconceito, constatámos que a média da nossa amostra ($M=64.22$, $DP=4.84$) é significativamente inferior à média da população normativa ($M=72.07$) $t(20)=-7.42$, $p<.001$, $r=.86$).

Avaliação da eficácia da intervenção no pré e no pós-teste

Comparámos a avaliação efetuada no pré-teste e no pós-teste para o grupo de intervenção e no grupo de controlo.

Tabela 3

Diferenças ao nível das variáveis psicossociais entre o pré-teste e o pós-teste no grupo de controlo e experimental

	Grupo de intervenção		z, p	Grupo de controlo		z, p
	(GI) n=10			(GC) N=11		
	Pré-teste	Pós-teste		Pré-teste	Pós-teste	
	Mdn	Mdn		Mdn	Mdn	
Coping						
CCQ individual	32.5	34	-1.25, .242	36	32	-1.20, .249
CCQ interpessoal	15.5	7,5	-339, .781	15.5	17.5	-.169, .938
Sintomatologia						
EADH Ansiedade	6.5	4	-.933, .422	6	6	-.284, .859
EADH depressão	2.5	3	-.986, .359	4	5	-1.497, .148
QLQ C30 BR 23						
Estado geral de saúde, QdV	66.67	83.33	-2.11, .047	58.33	66.67	-.426, .758
Função física	66.67	83.33	-.426, .719	80	86.67	-.942, .424
Função do papel	66.67	100	-1.30, .375	100	100	0, 1
Função emocional	76.67	91.67	-2.56, .008	83.33	75	-2.238, .031
Função cognitiva	83.33	83.33	-.954, .469	83.33	83.33	-2.00, .125
Função social	79.17	100	- 1.41, .500	100	100	-1.00, 1
Fadiga	83.33	33.33	-.447, 1	22.22	22.22	-1.732, .250
Náusea e vômito	0	0	-.568, .656	0	0	-.718, .516
Dor	27.78	33.33	-.086, 1.00	16.67	33.33	-1.73, .156
Dispneia	0	0	-1.00, .625	0	0	-1, 1
Insónia	16.67	0	-.378, 1.00	33.33	0	-.58, 1
Perda de apetite	0	16.67	-1.00, .531	0	0	-1, 1

Obstipação	16.67	0	-1.41, .312	0	0	-1.41, .500
Diarreia	0	0	-1.00, 1.00	0	0	-1; 1
Dificuldades financeiras	0	0	0, 1.00	0	0	-1.73, .250
Imagem corporal	95.83	100	-736, .625	100	100	0, 1
Função sexual	83.33	66.67	-1.89, .125	83.33	66.67	-.37, .75
Satisfação sexual	66.67	66.67	0, 1	50	66.67	-1, 1
Perspetivas futuras	66.67	100	-.707, .750	66.67	66.67	-.18, 1
Efeitos colaterais terapia	23.81	7.14	-736, .531	9.52	9.52	-.45, .66
Sintomas da mama	16.67	4.17	-1.29, .273	16.67	16.67	-.74, .50
Sintomas do braço	16.67	16.67	-172, .938	22.22	22.22	-2.12, .06
Incomodo queda do cabelo	33.33	33.33	-1, 1	33.33	-	-
Autoconceito total	66	72.5	-2.81, .002	64	66	-.31, .78
Aceitação/rejeição	19	20.5	-1.90, .094	19	17	-1.34, .24
Autoeficácia	19.5	23.5	-2.81, .002	19	23	-2.81, .002
Maturidade psicológica	15	16	-2.05, .063	16	15	-1.90, .07
Impulsividade/atividade	12	12	-.635, .602	11	10	-1.71, .14

Mdn: Mediana, z: valor de z associado ao teste de Wilcoxon p: probabilidade

Relativamente ao domínio da qualidade de vida verificámos que no grupo de controlo houve uma diminuição significativa do pré-teste (Mdn=83.33) para o pós-teste (Mdn=75) da função emocional, $Z=-2.24$, $p=.03$, $r=-0.86$. Contrariamente, no domínio do auto-conceito houve um aumento da autoeficácia do pré-teste (Mdn=19) para o pós-teste (Mdn=23), $Z=-2.81$, $p=.002$, $r=-0.85$. No grupo de intervenção houve um aumento significativo em vários domínios. No que diz respeito à qualidade de vida, verificámos um aumento do pré-teste (Mdn=66.67), para o pós-teste (Mdn=83.33), na qualidade de vida e estado de saúde gerais $Z=-2.11$, $p=0.47$, $r=0.67$. Ainda relativamente à QdV, verificámos um aumento do pós-teste (Mdn=91.67) relativamente ao pré-teste (Mdn=76.67), na função emocional $Z=-2.56$, $p=.008$, $r=-0.81$. Relativamente ao autoconceito constatámos um aumento significativo do pré-teste (Mdn=66) para o pós-teste (Mdn=72.5), na subescala total $Z=-2.81$, $p=.002$, $r=-0.89$. De igual forma também observámos um aumento significativo do pré-teste (Mdn=19.5) para o pós-teste (Mdn=23.5), na subescala da autoeficácia $Z=-2.81$, $p=.002$, $r=-0.81$. De notar que embora não seja significativo houve aumentos noutros domínios: função física, função do papel, função social, imagem corporal, e perspetivas futuras. Por outro lado houve diminuição de alguns sintomas como é o caso da fadiga, efeitos colaterais da terapia e os sintomas da mama. Para as subescalas individual e interpessoal do *coping* e para a sintomatologia depressiva e ansiosa não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os resultados do pré-teste e do pós-teste.

Diferenças entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo no pós-teste

Foram analisados os resultados das subamostras do estudo no pós teste, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas nos domínios da qualidade de vida e do autoconceito (Anexo H). Relativamente à qualidade de vida, observou-se que a função emocional apresentou resultados significativamente mais elevados no grupo de intervenção (Mdn=91.67) em comparação com o grupo de controlo (Mdn=75), $U=24$, $z=-2.23$, $p=0.03$. De igual forma, no domínio do autoconceito, o grupo de intervenção apresentou valores significativamente mais elevados em 4 subescalas, o que não se observou no início do estudo. Mais especificamente, na subescala do autoconceito total, o grupo de intervenção (Mdn=72.5) apresentou valores mais elevados do que o grupo de controlo (Mdn=66), $U=22$, $z=-2.33$, $p=.02$. Também na subescala aceitação/rejeição o grupo de intervenção

(Mdn=20.5) obteve resultados superiores ao do grupo de controlo (Mdn=17), $U=24.5$, $z=2.17$, $p=.03$. Relativamente à maturidade psicológica os valores do grupo de controlo (Mdn=15) foram inferiores ao do grupo de intervenção (Mdn=16) $U=24.5$, $z=2.20$, $p=.03$. Finalmente, na subescala da atividade/impulsividade, o grupo de intervenção (Mdn=12) apresentou valores mais elevados em comparação com o grupo de controlo, (Mdn=10), $U=23$, $z=-2.31$, $p=0.02$.

Discussão

Este trabalho permitiu a elaboração de um programa de intervenção multidisciplinar em mulheres sobreviventes de cancro da mama, o qual conjuga a intervenção psicoeducativa com a fisioterapia. Que seja do nosso conhecimento, este é o primeiro programa multidisciplinar a ser testado em sobreviventes de cancro da mama portuguesas.

Atendendo aos resultados obtidos, verificámos que, no grupo alvo de intervenção, houve um aumento da qualidade de vida em alguns domínios, nomeadamente, no estado geral de saúde e na função emocional. De igual modo, também verificámos um aumento no autoconceito total e na subescala da eficácia das sobreviventes que beneficiaram da intervenção. Verificámos ainda que, o grupo com intervenção mostrou superioridade funcional nestas variáveis psicossociais em relação ao grupo de controlo, o que não se verificava inicialmente.

Efetuámos uma análise detalhada dos resultados obtidos nas seguintes variáveis: sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão); qualidade de vida; estratégias de *coping* e autoconceito. Especificamente, no que diz respeito à qualidade de vida, verificámos que na avaliação inicial, a nossa amostra apresentava em alguns domínios, nomeadamente na função emocional e na função social, resultados significativamente superiores aos da população em geral. Estes resultados corroboram os dados de algumas investigações, que referem que a maioria das sobreviventes conseguem adaptar-se bem e, com uma boa qualidade de vida em alguns domínios (Kornblith, A., 1998). Após a intervenção, a nossa subamostra apresentou um aumento significativo em vários domínios de QdV, nomeadamente, no estado geral de saúde e na função emocional. O benefício das intervenções multidisciplinares ao nível da QdV também já tinha sido observado por outros autores como Kwiattkowski e colaboradores (2013). Quanto ao grupo de controlo,

verificámos uma diminuição significativa na função emocional da QdV, ao contrário do que aconteceu no grupo de intervenção. Quando comparados os dois grupos no pós-teste, verificámos diferenças significativas na função emocional, na qual o grupo de intervenção se mostrou superior ao grupo de controlo.

Relativamente ao autoconceito, constatámos no segundo momento de avaliação, que o grupo com intervenção apresentava um aumento significativo nas subescalas do autoconceito total e da autoeficácia. Este aumento nos fatores do autoconceito tem sido descrito noutros estudos (Torres, 2014; Lima, 2014). Esta melhoria no domínio do autoconceito assume bastante importância já que alguma literatura refere que, as pessoas com autoconceito positivo adaptam-se melhor à doença (Amorim, 2007). Quando comparamos os resultados do pós-teste dos dois grupos, no que concerne ao autoconceito, encontramos diferenças significativas em quatro fatores: autoconceito total, aceitação/rejeição, maturidade psicológica e impulsividade/atividade, sendo que encontramos em todos, valores mais elevados, no grupo que tinha sido sujeito à intervenção. Relativamente à autoeficácia observámos que ambos os grupos obtiveram melhoria, o que pode estar relacionado, com o deficitário autoconceito da amostra no início do estudo. Este resultado leva-nos a inferir, que a simples atenção fornecida aquando a realização da entrevista para monitorização do estado emocional, pode contribuir para a promoção do autoconceito, particularmente quando ele é deficitário.

Na análise inicial efetuada à nossa amostra, verificou-se através da escala EADH, que as sobreviventes apresentavam sintomatologia de depressão e de ansiedade inferiores às da população normativa. Após a intervenção, não se encontraram benefícios significativos ao nível dos sintomas psicopatológicos. O facto de não ter havido melhorias significativas, poderá estar relacionado com o constatado na avaliação inicial, cujas mulheres não só não apresentavam sintomatologia depressiva ou ansiosa, bem como apresentavam resultados melhores que a população normativa.

Relativamente às estratégias de *coping*, não encontramos resultados significativos que comprovem a eficácia do programa a este nível. Estes resultados vêm dar ênfase a alguns estudos nacionais onde a intervenção psicoeducativa não se tem mostrado eficaz a este nível, sendo por isso necessário mais investigação nesta área (Varela & Leal, 2007; Araújo, 2011; Lima, 2014).

No que diz respeito às limitações, salientamos o tamanho reduzido da amostra que dificultou a generalização dos resultados obtidos (validade externa) e pode ter limitado a obtenção de resultados estatisticamente significativos. Outra limitação, poderá ter decorrido da impossibilidade de distribuir aleatoriamente as participantes, pelos grupos em estudo, e consequentemente ter condicionado as conclusões relativamente à eficácia da intervenção. A elevada funcionalidade da amostra poderá assumir-se como outra limitação deste estudo, na medida em que, o apresentarem baixo potencial de evolução, pode ter dificultado a obtenção de resultados mais significativos.

Sugere-se que, em estudos futuros, sejam usadas amostras maiores. Propõe-se também para investigações posteriores, o recurso a uma seleção e distribuição aleatória. Deverão aplicar-se a este tipo de investigação, estudos duplamente cegos. Outra sugestão para trabalhos futuros prende-se com a replicação deste programa a sobreviventes com mais sintomas psicopatológicos e com menos qualidade de vida, para que possam beneficiar mais com este tipo de intervenção.

Apesar das limitações identificadas, destaca-se a importância deste estudo, dada a preocupação crescente com a problemática do cancro da mama. O presente estudo mostrou-se ser inovador, pois permitiu a criação de um programa estruturado com intervenção multidisciplinar, conjugando a psicoeducação com a fisioterapia. Este tipo de intervenção é original a nível nacional e vai de encontro a alguns estudos que salientam a eficácia da intervenção multidisciplinar (Ames *et al* 2011).

Acresce a esta inovação, o facto deste programa se ter mostrado eficaz ao nível da qualidade de vida e do autoconceito, e concomitantemente, não se ter observado qualquer efeito potencialmente negativo. Estes benefícios nas sobreviventes de cancro da mama levam-nos a sugerir a realização de mais estudos para obter resultados e conclusões mais consistentes para se poder retirar implicações quanto à aplicação deste programa nas diversas estruturas de saúde com esta população. Esta sugestão assume principal relevo nos cuidados de saúde primários onde a grande maioria destas sobreviventes recorre. Acresce o facto de por vezes nestes serviços existirem os profissionais necessários para a realização do programa, nomeadamente o psicólogo e o fisioterapeuta.

Referências

- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., ... Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQC30: A quality of life-instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-375.
- Albuquerque, C. M. d. S., & Oliveira, C. P. F. d. (2002). Características Psicológicas Associadas à Saúde: A Importância do Auto-Conceito. *Revista Millenium*(26).
- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington (DC): American Psychological Association.
- Ames, S. C., Tan, W.W., Ames, G. E., Stone, R. L., Rizzo, T. D., Crook, J. E., Williams, C. R., Werch, C. E., Clark, M. M. & Rummans, T. A. (2011). A pilot investigation of a multidisciplinary quality of life intervention for men with biochemical recurrence of prostate cancer. *Psycho-oncology*, 20:435-440
- Amorim, C. (2007). *Doença oncológica da mama: vivências de mulheres mastectomizadas* (Dissertação de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biológicas Abel Salazar, Porto.
- Araújo, F. (2011). *Intervenção Psico-educativa em sobreviventes de cancro da mama*. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Bergamasco, R.B., & Angelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47 (3), 277-82.
- Berglung, G., Bolund, C., Gustafsson, P., Sjudén, P.O. (1994) One year follow-up of the saring again group rehabilitation programme for cancer patients. *European Journal of Cancer* . Volume 30, Issue 12. Pages 1744-1751
- Carvalho, V., Franco, M., Kovács, M., Liberato, R., Macieira, R. et al. (2008). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus.
- Caetano, J.A., Soares, E., 2005. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal. *Revista Enfermagem UERJ*; 13; 210-6
- Carver, C. S., Smith, R. G., Petronis, V. M., & Antoni, M. H. (2006). Quality of life among long-term survivors of breast cancer: Different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psycho-Oncology*, 15(9), 749-758.

- Dastan, N. B., & Buzlu, S. (2012). Psychoeducation intervention to improve adjustment to cancer among Turkish stage I-II breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(10): 5313-5318.
- Dorjgochoo, T., Kallianpur, A., Zheng, Y., Gu, K., Chen, Z., Zheng, W., Lu, W. & Shu, X. O. (2011). Impact of menopausal symptoms on quality of life (QOL) within six months of systemic breast cancer treatment: Results from the Shanghai Breast Cancer Survival Study (SBCSS). *Breast Cancer Research and Treatment*, 119(3), 725–735.
- Duarte, N. (2010). *Fisioterapia: Influência na qualidade de vida da mulher com cancro da mama. Contributo para a qualidade do serviço em oncologia*. Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa e Escola Nacional de Saúde Pública.
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W., Comber, H. & Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*, 49(6), 1374-1403.
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Ganz, P. A., Greendale, G. A., Petersen, L., Zibecchi, L., Kahn, B., Belin, T. R. (2000). Managing Menopausal Symptoms in Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 92 (13), 1054- 1064.
- Gerber LH, Vargo MM & Smith RG. (2005). Rehabilitation of the cancer patient. *Cancer: principles and practice of oncology*. 7th ed. NY: Lippincott Williams and Wilkins, p. 2719–2746.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M., Ferlay, J., Ward, E. & Forman, D. (2011). Global Cancer Statistics. *CA A Cancer Journal for Clinicians*, 61 (2):69-90
- Khan, F., Amatya, B., Ng, L., Demetrios, M., Zhang, N. Y., & Turner-Stokes, L. (2012). Multidisciplinary rehabilitation for follow-up of women treated for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 12.
- Kornblith, A. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. In J. Holland (Ed.). *Psycho-Oncology* (pp. 223-254). New York: Oxford University Press.
- Kovács, M. J. (1998). Avaliação da qualidade de vida em doentes oncológicos em estado avançado da doença. In: Carvalho, Maria Margarida M J (Org). *Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o viver*. São Paulo: Summus Editorial

- Krumm S, Vanatta P & Sanders J., 1979. Group approaches for cancer patients. A group for teaching chemotherapy. *American Journal of Nursing*, May: 916.
- Kwiatkowski, F., Mouret-Reynier, M. A., Duclos, M., Leger-Enreille, A., Bridon, F., Hahn, T., ... Bignon, Y. J. (2013). Long term improved quality of life by a 2-week group physical and educational intervention shortly after breast cancer chemotherapy completion. Results of the 'Programme of Accompanying women after breast Cancer treatment completion in Thermal resorts'(PACThe) randomised clinical trial of 251 patients. *European Journal of Cancer*, 49: 1530-1538.
- Lima, M. (2014). *Intervenção Psicoeducativa em sobreviventes de cancro da mama*. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 27:32.
- Moreira, E. C. H. & Manaia, C. A. R. (2005). Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. *Semina. Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, 26, (1), 21-30.
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M.C (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 165-184
- Moorey, S., Frampton, M. & Greer, S. (2003). The cancer coping questionnaire: a selfrating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behavior. *Psycho-Oncology*, 12(4), 331-344.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A. Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation Study of the Portuguese Version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.
- Petticrew, M., Bell, R. & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrent in people with cancer: systematic review. *British Medical Journal*, 325, 1-10.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina.

- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Sobrevivente de Cancro: uma outra realidade! *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 142-148.
- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2013). Portugal, Doenças Oncológicas em números – 2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Ribeiro, J., L., P. (1998), Psicologia da Saúde. Lisboa. ISPA
- Ronson, A. & Body, J. J. (2002). Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy. *Supportive care in cancer*, 10(4): 281-291.
- Rottmann, N., Dalton, S. O. Christensen, J. Frederiksen, K., & Johansen, C. (2010). Self-efficacy, adjustment Style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study. *Quality of Life Research*, 19(6), 827-836
- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2003). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Social Support*: 1-20
- Schmidt, M. E., Steindorf, K., Mutschelknauss, E., Slinger, T., Kropp, S., Obi, N., Flesch-Janys, D & Chang-Claude, J. (2008). Physical Activity and Postmenopausal Breast Cancer: Effect Modification by Breast Cancer Subtypes and Effective Periods in Life. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 17(12): 3402-3410
- Schmitz, K. H., Courneya, K. S. Matthews, C., Demark-Wahnefried, W., Galvão, D. A., Pinto, B. M., Irwin, M. L., Wolin, K.Y., Segal, R. J. Lucia, A., Schneider, C. M., Gruenigen, V. E. V. & Schwartz, A. L. (2010). American College of Sports Medicine Roundtable on Exercise Guidelines for Cancer Survivors. *Official Journal of the American College of Sports Medicine*, 1409-1426
- Solana CA (2005). Aspectos psicológicos en el paciente supervivente. *Oncologia*. Mar; 28 (3): 151-63
- Souza, J., & Araújo, T. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia*, 27 (2), 187-196.
- The Royal Australian College of General Practitioners, (2010). Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis in postmenopausal women and older men.
- Torres, A. (2014). *A terapia de grupo na doença oncológica* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.

- Torres, A., Pereira, A. & Monteiro, S. (No Prelo). Estudo de validade do questionário de formas de lidar com o cancro. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de *Coping* em Mulheres com Cancro da Mama. *Análise Psicológica*, 3(25), 479-488.
- Vaz-Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.
- Vaz-Serra, A., Antunes, R., & Firmino, H. (1986). Relação entre auto-conceito e expectativas. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 85-90.
- Venâncio, J. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50 (1), 55-63.
- Weert, E., May, A. M., Korstjens, I., Post, W. J., Schans, C. P., Borne, B., ... Hoekstra-Weebers, J. E. (2010). Cancer-related fatigue and rehabilitation: a randomized controlled multicenter trial comparing physical training combined with cognitive-behavioral therapy with physical training only and with no intervention. *Physical Therapy*, 90(10): 1413-1425.
- White, A. J., Reeve, B. B., Chen, R. C., Stover, A. M. & Irwin D. E. (2013). Urinary incontinence and health-related quality of life among older Americans with and without cancer: a cross-sectional study. *BMC Cancer*, 13:377, 2-9.
- WHOQOL-Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46 (12), 1569-1585.
- World Medical Association. (2000). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 284(23): 3043-3045.
- Zibecchi, L., Greendale, G. A. & Ganz, P. A. (2003). Continuing education: Comprehensive Menopausal Assessment: An Approach to Managing Vasomotor and Urogenital Symptoms in Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 30(3), 393-407.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67 (6), 361-370.

Anexos

Anexo A - Questionário Inicial e Entrevista Sociodemográfica



Questionário Inicial

Nº Código da doente: _____

MEIO DE DETECÇÃO	Autoexame (palpação) da mama / detecção feita pela própria	
	Exame (palpação) realizado pelo médico numa consulta de rotina	
	Exames de rastreio solicitados pelo médico (sem detecção de nódulo na palpação)	
	Rastreio da LPCC	
	Outro:	

TRATAMENTOS REALIZADOS	TRATAMENTOS A REALIZAR
<input type="checkbox"/> Tumorectomia (data __/__/__)	<input type="checkbox"/> Tumorectomia (data __/__/__)
<input type="checkbox"/> Mastectomia (data __/__/__)	<input type="checkbox"/> Mastectomia (data __/__/__)
<input type="checkbox"/> Quadrantectomia (data __/__/__)	<input type="checkbox"/> Quadrantectomia (data __/__/__)
<input type="checkbox"/> Esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares	<input type="checkbox"/> Esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares
<input type="checkbox"/> Reconstrução mamária (data __/__/__)	<input type="checkbox"/> Reconstrução mamária (data __/__/__)
<input type="checkbox"/> Radioterapia (nº total sessões____)	<input type="checkbox"/> Radioterapia (nº total sessões____)
<input type="checkbox"/> Quimioterapia (nº total ciclos____)	<input type="checkbox"/> Quimioterapia (nº total ciclos____)
<input type="checkbox"/> Hormonoterapia - Medicação:	<input type="checkbox"/> Hormonoterapia - Medicação:
<input type="checkbox"/> Imunoterapia	<input type="checkbox"/> Imunoterapia
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Nenhum

Registo da Informação da Entrevista

Nome: _____

Idade ☐☐ Estado Civil _____ Habilitações Literárias _____

Profissão _____ Situação Profissional _____

Telefone / Telemóvel _____

Data de diagnóstico de cancro da mama: ____ / ____ / ____

Tipo de cancro da mama: _____

Tempo desde a conclusão dos tratamentos do cancro: _____

Apoio psicológico anterior ao diagnóstico de cancro da mama? _____

Apoio psicológico posterior ao diagnóstico de cancro da mama ou atual? _____

Diagnóstico de perturbação orgânica cerebral? _____

Diagnóstico de distúrbios cognitivos? _____

Diagnóstico de problema de dependência ou abuso de droga ou álcool? _____

Vê algum Impedimento na participação (ex: inaptidão para tarefas de grupo)?

Avaliar a capacidade de estabelecimento de contacto interpessoal (tentar averiguar a facilidade com que gera conflitos interpessoais).

Esclarecer em que consistirá o estudo. Possibilidade de participação em intervenção de grupo agora ou mais tarde. Apresentação do consentimento informado, explicando-o.

Interesse na Participação no Grupo? Sim____ Não____

Grau de Motivação: Nenhum 1 2 3 4 5 Máximo

(In)disponibilidade:

Ausente para férias ou outro evento:

Dias e horas da semana em que não pode:

Dias e horas mais convenientes para frequentar as sessões:

Perguntar se tem dúvidas / sugestões

Outras Observações:

Anexo B – Instrumentos de Avaliação Psicológica

PORTUGUESE



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima



EORTC QLQ - BR23

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
31. Sentiu seca na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4

Durante as últimas quatro semanas:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante a última semana:

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51. A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH)

EADH

(Snaith & Zigmond, 1994; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, et al., 2006)

Este questionário foi construído com o objectivo de ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no quadrado que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas um (X) em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto agora <input type="checkbox"/> Só um pouco <input type="checkbox"/> Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	<input type="checkbox"/> Sim e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige <input type="checkbox"/> De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Muito menos agora <input type="checkbox"/> Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações	<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
6. Sinto-me animado(a)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
8. Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia <input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes <input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a)	<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Não muito <input type="checkbox"/> Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Bastante menos agora <input type="checkbox"/> Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou programa de rádio ou televisão	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca

Cancer Coping Questionnaire (CCQ)

CCQ

As pessoas têm muitas formas de lidar com o stress que o cancro lhes causa. Qual a intensidade do stress que sentiu durante a última semana?

Muito Stress	Stress Moderado	Pouco Stress	Nenhum Stress
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preocupou-se com o cancro na última semana?

A maioria do tempo	Muito Tempo	Algum Tempo	Nenhum Tempo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A seguir encontra uma lista de vários métodos para lidar com o cancro. Pense como tem lidado com a sua doença na última semana e seleccione a frequência com que tem utilizado cada método mencionado. Ninguém utiliza todas as formas mencionadas, mas todas as pessoas utilizam algumas delas. Na última semana você fez:

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Vezes	Nunca
1. Planos definitivos para o futuro?	4	3	2	1
2. Tentou respirar lenta e profundamente para lidar com a ansiedade?	4	3	2	1
3. Distraiu-se de pensamentos de preocupação?	4	3	2	1
4. Lembrou-se que as dores podem ser causadas por outras coisas sem ser o alastrar do cancro?	4	3	2	1
5. Listou as prioridades para a semana de modo a deixar feitas as coisas importantes?	4	3	2	1
6. Parou para reflectir acerca da relatividade da gravidade da doença?	4	3	2	1
7. Observou quais são os seus pontos fortes para lidar com o cancro?	4	3	2	1
8. Lidou com a frustração canalizando-a para outras coisas (por exemplo, actividade física como tratar da casa ou jardinagem)?	4	3	2	1
9. Recordou-se a si próprio das coisas que tem na vida para além do cancro?	4	3	2	1
10. Organizou o seu dia de forma a desfrutar dele independentemente do cancro?	4	3	2	1
11. Treinou o relaxamento?	4	3	2	1
12. Deu resposta a pensamentos de preocupação?	4	3	2	1
13. Planeou o seu dia e envolveu-se em actividades não relacionadas com o cancro?	4	3	2	1
14. Certificou-se que pensa em alguns aspectos positivos da sua vida?	4	3	2	1

Se tem um relacionamento com alguém, pense em como você e o seu companheiro(a) têm lidado com o cancro esta semana. Na última semana você fez:

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Vezes	Nunca
15. Envolveu o seu companheiro numa actividade que a ajuda a lidar com o cancro?	4	3	2	1
16. Falou com o seu companheiro acerca do impacto do cancro nas suas vidas?	4	3	2	1
17. Perguntou ao seu companheiro o que ele pensa em vez de imaginar o que ele pensa?	4	3	2	1
18. Tentou ver o cancro como um desafio que têm de enfrentar juntos?	4	3	2	1
19. Analisou como o seu companheiro a pode apoiar?	4	3	2	1
20. Falou com o seu companheiro sobre como pode organizar as coisas para não sentir tanta pressão (por exemplo, mudar quem faz as tarefas domésticas)?	4	3	2	1
21. Pensou em como o cancro vos tem aproximado?	4	3	2	1

Inventário Clínico do Autoconceito (ICAC)

INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO

(Copyright © A. VAZ SERRA, 1985)

Nome _____ Idade _____ anos Sexo _____ Data ____/____/____
 Est. Civil _____ Habilitações _____ Profissão _____
 Naturalidade _____ Residência _____

F1 (1+4+9+16+17) _____ F2 (3+5+8+11+18+20) _____ F3 (2+6+7+13) _____ F4 (10+15+19) _____ Total _____

Instruções

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Ao dar a resposta considere, sobretudo, *a sua maneira de ser habitual* e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (X) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Considero-me bastante tolerante para com as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Considero-me competente naquilo que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sou uma pessoa que gosto muito de fazer o que me apetece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gosto sempre de me sair bem das coisas que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo C – Autorização para a Realização do Estudo do ACeS Baixo Vouga



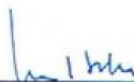
Declaração

Manuel Duarte de Rezende Pereira Sebe, Diretor Executivo do ACeS Baixo Vouga, declara para os devidos efeitos, que autoriza a participação das profissionais Teresa Caetano, Psicóloga no Centro de Saúde de Aveiro e Rita Silva, Fisioterapeuta no Centro de Saúde de Aveiro, no projeto **"MultiMAMAgrouP – Programa Multidisciplinar de intervenção psicopedagógica para mulheres com cancro da mama"** no Centro de Saúde de Aveiro.

Por ser verdade e para constar, dato e assino a presente declaração.

Aveiro, 15 de novembro de 2013.

O Diretor Executivo

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Manuel Sebe", positioned above a horizontal line.

(Manuel Sebe, Dr.)

Declaração

Manuel Duarte de Rezende Pereira Sebe, Diretor Executivo do ACeS Baixo Vouga, declara para os devidos efeitos, que autoriza a realização do projeto **"MultiMAMAgrou – Programa Multidisciplinar de intervenção psicopedagógica para mulheres com cancro da mama"** no Centro de Saúde de Aveiro. Por ser verdade e para constar, dato e assino a presente declaração.

Aveiro, 15 de novembro de 2013.

O Diretor Executivo



(Manuel Sebe, Dr.)

Anexo D: Autorização para a Realização do Estudo da Comissão de Ética



ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Exma. Senhora
Dra. Teresa Caetano

tecaetano74@gmail.com

003392 '14 02-04 09:24

Sua referência

Data


Nossa referência

Data


ASSUNTO: "MultiMAMAgrouP – Programa Multidisciplinar de intervenção psicopedagógica para mulheres com cancro da mama"

Serve o presente para informar V. Ex^a., que o Conselho Directivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

 Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Tereso)


Dr. Fernando Lopes de Almeida
Vice-Presidente do Conselho Directivo
da A.R.S. Centro, I.P.

AL

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Parecer favorável.	DESPACHO: <i>Homologação o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde</i> <i>30.1.2014</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	---

ASSUNTO: "MultiMAMAgrou – Programa Multidisciplinar de intervenção psicopedagógica para mulheres com cancro da mama" – 58/2013

Dr. José Manuel Mendes Teresa
Presidente,

Dr. Fernando José R. Baptista de Almeida
Vice-Presidente,

Dr. Luís Manuel Milhão Mendes Cabral
Vogal,

Dr. Maria Augusta Mota
Vogal,

Apreciação Geral:

- O estudo tem interesse e está bem apresentado.

O Relator

Padre José António Pais
(Padre José António Pais)

O Presidente da CES

Prof. Dr. Fontes Ribeiro
(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

23 de Janeiro de 2014

Anexo E – Formulário do Consentimento Informado para a intervenção de grupo

Consentimento informado

A terapia de grupo a iniciar tem como objetivo ensinar estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais, podendo incluir o ensino de exercícios de fisioterapia, a mulheres que passaram pela experiência do cancro da mama.

Serão debatidos assuntos como as causas e o significado do cancro, as alterações corporais relacionadas com os tratamentos, o impacto da doença e do tratamento na autoestima, o lidar com a incerteza, o relacionamento com o parceiro, com a família e com os profissionais de saúde, bem como, os objetivos pessoais para o futuro, entre outros. Serão ensinadas e praticadas estratégias como a identificação de pensamentos, o treino de relaxamento e o método de resolução de problemas. Num dos grupos, em que poderá ter oportunidade de participar, serão também treinados exercícios físicos de fisioterapia.

As participantes no estudo vão ser solicitadas a participar na discussão dos vários assuntos debatidos, sem nunca serem obrigadas a fazê-lo. Existirão 8 sessões semanais de 2 horas aproximadamente. Não será permitida a entrada de pessoas novas depois do início do grupo e será desejável para o bom funcionamento do grupo que as participantes compareçam a todas as sessões e que permaneçam até ao final de cada sessão.

Durante o grupo os psicólogos não poderão fazer o acompanhamento psicológico individual de nenhuma das participantes, mas poderão ser abordados para falar individualmente de algum problema que tenha acontecido no grupo.

Se alguma das participantes iniciar acompanhamento psicológico ou de fisioterapia fora do grupo de apoio deve participá-lo aos psicólogos que acompanham o grupo. Não haverá qualquer inconveniente nisso, contudo é importante o conhecimento dessa alteração.

Os psicólogos e as participantes comprometem-se a preservar o anonimato e a confidencialidade das informações partilhadas no grupo.

A realização da terapia do grupo e os dados recolhidos através dos questionários preenchidos também serão utilizados no trabalho de investigação da responsabilidade da Professora Doutora Anabela Pereira, que garante o anonimato e a confidencialidade de toda a informação.

Refere-se ainda que têm sido realizados vários estudos de terapia de grupo e nenhum tem sugerido qualquer risco ou prejuízo para as participantes.

Ass: _____

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à psicóloga se não estiver completamente esclarecido.

- Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela psicóloga que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que posso recusar esta solicitação a qualquer momento, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Desejo colaborar no estudo.

_____ (localidade), ____/____/____

NOME _____

Assinatura X _____

Anexo F: Programa de Intervenção Multidisciplinar para Sobreviventes de Cancro da Mama

Sessão 7. A comunicação nas relações interpessoais: família, amigos, colegas, profissionais de saúde, outros.

Objectivos:

- Aumentar o conhecimento sobre o processo de comunicação;
- Promover a comunicação assertiva com as pessoas significativas e cuidadores;
- Promover a expressão emocional e a assertividade.
- Reavaliar e treinar os exercícios a realizar no domicílio

Sessão 8. Conclusão do Grupo e Objectivos para o Futuro

Objectivos:

- Fomentar a reavaliação de objetivos;
- Promover o estabelecimento de objetivos;
- Promover a ideia de flexibilidade;
- Promover a esperança e o otimismo.
- Estabelecer estratégias para o futuro para prevenir desconfortos.



Calendário das sessões

1ª sessão: quinta-feira, 27 de Março

2ª sessão: quinta-feira, 03 de Abril

3ª sessão: sexta-feira, 11 de Abril

4ª sessão: segunda-feira, 14 de Abril

5ª sessão: quinta-feira, 24 de Abril

6ª sessão: segunda-feira, 05 de Maio

7ª sessão: quinta-feira, 08 de Maio

8ª sessão: quinta-feira, 15 de Maio

Horário: 18h00—20h00

Equipa de formadoras:

Ana Torres: psicóloga e professora da Universidade de Aveiro

Rita Silva: fisioterapeuta no centro de saúde de Aveiro

Teresa Caetano: psicóloga no centro de saúde de Aveiro

Contacto: 234 891 195

**Programa de Intervenção
Multidisciplinar para
Sobreviventes de cancro
da Mama**



Sessão 1. Apresentação

Objectivos:

- Apresentar as regras e funcionamento das sessões;
- Apresentar todas as participantes;
- Identificar as dificuldades encontradas no percurso da doença;
- Facilitar a expressão emocional;
- Fornecer suporte social e informacional.

Sessão 2. As causas do cancro: promoção de um estilo de vida contra o cancro

Objectivos:

- Aumentar o conhecimento sobre o carácter multifactorial do cancro;
- Realçar e reforçar as capacidades para lidar com a situação;
- Proporcionar maior sentido de controlo.
- Promover a esperança e o otimismo
- Aumentar o conhecimento sobre atividade física e exercício físico benéficos para a saúde

Sessão 3. Alterações corporais relacionadas com os tratamentos e o impacto na autoestima

Objectivos:

- Incentivar a verbalização das alterações físicas e sexuais sentidas;
- Familiarização com estratégias de promoção da autoestima;
- Informação acerca de possíveis soluções para problemas físicos e sexuais.
- Aumentar o conhecimento sobre os Músculos do pavimento pélvico e a prevenção de linfedema.
-

Sessão 4. As dificuldades psicológicas encontradas em sobreviventes de cancro: Aprender a gerir emoções

Objectivos:

- Familiarização com estratégias de gestão do stress;
- Promover estratégias de coping;
- Promover a flexibilidade e a capacidade de adaptação;
- Reforçar as capacidades para lidar com a situação;
- Proporcionar maior sentido de controlo.
- Prevenir incontinência Urinária na menopausa

Sessão 5. Mais métodos para gerir as emoções

Método de Resolução de Problemas, Relaxamento, Meditação e Espiritualidade

Objectivos:

- Aumentar o conhecimento sobre o método de resolução de problemas, relaxamento, meditação e as potencialidades da fé;
- Proporcionar maior controlo.
- Relacionar os Músculos do Pavimento Pélvico com a sexualidade.

Sessão 6. Lidar com a incerteza e com o medo da recorrência

Objectivos:

- Promover a expressão emocional;
- Fomentar a perceção de crescimento pessoal;
- Fomentar o suporte social, informacional e emocional.
- Recomendações de atividade física específicas para mulheres adultas sobreviventes de cancro de mama.

Anexo G: Folhetos entregues nas sessões

2. Cessação Tabágica

- O tabaco é a principal causa de morte prematura, que se pode evitar, modificando o comportamento individual.
- Calcula-se que cada cigarro diário, reduz um ano na esperança de vida de um fumador regular.
- Aumenta a incidência de osteoporose, sobretudo na mulher.
- Leva à menopausa precoce e ao envelhecimento prematuro da pele na mulher.
- Efeito cumulativo no que respeita ao risco de desenvolvimento de cancro no tubo digestivo e no sistema respiratório.
- Aumenta o risco de tumor da laringe, da boca, da língua e lábio, do esófago, dos rins, da bexiga e do pâncreas.
- O tabagismo leva ao desenvolvimento de doenças pulmonares.

Malefícios do Tabaco

- Redução da capacidade dos pulmões para se limparem.
- Diminuição da resistência à infeção.
- Aumento da vulnerabilidade a muitas doenças.

A única coisa possível para proteger a saúde e aumentar a esperança de vida, é deixar de fumar.

Deixar de fumar completamente de um dia para o outro, é o método mais difícil, mas o mais eficaz.

3. Comportamentos de proteção solar e de supervisão da pele

Os sobreviventes de cancro que foram sujeitos a radioterapia localizada apresentam maior predisposição para cancro de pele, que é aumentada pela exposição ao sol.

O consumo de vitamina D e exposição solar moderada são as principais medidas protectoras.

Os alimentos ricos em vitamina D são: peixes e frutos do mar, óleo de fígado de peixe, gema de ovo, produtos lácteos enriquecidos com vitamina D).

Conselhos:

- Evitar a exposição solar entre as 12 e as 16 horas.
- Usar protetor solar.
- Evitar bronzeadores que agravam os efeitos nefastos da exposição solar.
- Usar chapéu de abas largas.
- Usar roupas aquando da exposição solar intensa.
- Evitar a exposição solar nas horas do dia mais perigosas (11h às 16h).

Quem fez cirurgia com esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares:

- Deve usar mangas compridas para proteger do sol e protetor solar
- Não expor a zona afetada ao sol na praia.

Promoção de Estilos de Vida Contra o Cancro



Guias Nutricionais para sobreviventes de cancro:

- Seja o mais magra possível, evitando, no entanto, atingir um peso demasiado baixo.
- Consuma uma dieta saudável dando o privilégio a alimentos provenientes de produtos hortícolas.
- Coma mais variedade de vegetais, frutas, grãos inteiros e legumes.
- Limite o consumo de carne vermelha.
- Limite o consumo de comida salgada.
- Escolha comidas e bebidas que alcancem um peso saudável.
- Evite bebidas com adição de açúcares, limite as comidas muito calóricas (comidas com muito açúcar e gordura, e pouca fibra).
- Se beber limite o consumo de bebidas alcoólicas a 1-2 por dia.

Não use suplementos alimentares para se pro-

Os fatores de estilo de vida que têm sido encontrados como potenciais protetores contra o cancro são especialmente os seguintes:

1. Dieta e Controlo de Peso
2. Cessação Tabágica
3. Comportamentos de proteção solar e de supervisão da pele

1. Dieta e Controlo de Peso

- A dieta e o controlo de peso é importante porque:
- 70% das sobreviventes de cancro da mama apresentam excesso de peso ou mesmo obesidade .
- A obesidade (pós-menopausa) é um dos fatores de risco mais bem estabelecido de cancro da mama, bem como, de outros cancros (cólon, rim, esófago e endométrio).
- O ganho de peso durante e após os tratamentos de cancro tem sido apontado como redutor da qualidade de vida, bem como, representa um risco aumentado de declínio funcional, co-morbilidade, recorrência de cancro e morte relacionada com cancro.

Como se pode perder peso?

- Controle das porções de comida.
- Redução da densidade calórica dos alimentos: aumento de consumo de alimentos com baixa densidade calórica (vegetais ricos em água, frutas, grãos inteiros e sopas) e diminuição dos com elevada densidade calórica (gordura, carne vermelha, açúcar, comida refinada).
- Exercício físico de intensidade moderada no mínimo 30 minutos, 5 dias por semana (além disso, o exercício físico tem sido comprovado como um factor protector de cancro, e de cancro da mama em particular). Para perder peso o ideal são 60 minutos 5 dias por semana.

Evitar ou limitar o consumo de álcool

Nos países desenvolvidos, aproximadamente 4% do casos de cancro da mama estão associados ao consumo de álcool. O risco aumenta em cerca de:

- 10% para cada bebida consumida por dia
- 20% para duas bebidas
- 30% para três
- 50% para quatro ou mais doses por dia

Prevenção ou tratamento da Osteoporose.

Formas de combater a osteoporose:

- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em cálcio e vitamina D, ambos nutrientes essenciais que exercem um papel importante na saúde dos ossos.
- A vitamina D é fundamental para o cálcio se fixar nos ossos e é sintetizada na pele sob acção dos raios ultravioletas.
- Diminuir o consumo de álcool
- Cessar com o tabagismo.
- Fazer exercícios físicos regularmente.

Recomendações de Atividade Física para Prevenção osteoporose na menopausa:

- 30 minutos de exercício com impacto no solo (p.ex caminhada) 4 a 5 dias por semana.

Estratégias para lidar com situações indutoras de stress:

- Evitar/eliminar/diminuir as situações de stress
- Utilizar técnicas de resolução de problemas
- Ver diferentes perspectivas das situações
- Utilizar técnicas de relaxamento

O odor corporal pode ser melhorado através da dieta se :

- Evitar as carnes vermelhas.
- Fazer preferencialmente uma alimentação à base de vegetais (alguns dos melhores alimentos incluem a salsa, aipo, coentros, hortelã, sálvia, alecrim, tomilho e orégãos).
- Eliminar bebidas com cafeína.
- Eliminar alimentos com odores fortes como o alho e a cebola.

Promova a sua Autoestima

- Escreva uma **Diário pessoal** com as coisas positivas que fez durante o dia
- Escreva uma **Carta** a contar os pequenos e grandes êxitos pessoais
- Escreva um **Anúncio pessoal** a publicitar as qualidades e competências pessoais
- Elabore um **Filme/livro** sobre a sua vida, enfatizando feitos importantes, aventuras e atividades realizadas
- Mude a forma como fala consigo mesma, tornando-a mais positiva
- Tente argumentar sobre as suas qualidades, fortalecendo as crenças positivas que tem sobre si própria
- Ensine às pessoas que a rodeiam cuidados a ter consigo:
 - Evitar expressões que demonstrem representações pejorativas
 - Transmitir uma imagem clara dos seus valores e qualidades
 - Acreditar nas suas qualidades e capacidades
 - Aproveitar qualquer “boa conduta” para a chamar a atenção do que fez bem
 - Dar-lhe oportunidade de efetuar tarefas desafiantes
 - Permitir que coloque a sua originalidade no que faz

Alterações corporais relacionadas com os tratamentos e o impacto na autoestima



Voltar a gostar do corpo

- Observar, tocar e deixar ser tocada
- Autoconhecimento do corpo atual
- Propiciar o conhecimento do corpo pelos outros
- Observar as suas reações e as dos outros às alterações
- Verificar que consegue olhar cada vez melhor para o seu corpo e cada vez mais com maior prazer

Relações íntimas

- Segurar nas mãos, tocar, abraçar, ter profundo carinho pela outra pessoa e partilhar sentimentos, esperança, sonhos, medos, emoções, e valores religiosos
- Falar com o seu parceiro sobre os medos, preocupações ou crenças sobre como o cancro afectou a vossa relação.
- Partilhar essas considerações e sentimentos fortalecerá a relação entre o casal
- Ver o companheiro como uma pessoa que a pode ajudar a lidar com as perdas resultantes do cancro e não como um potencial criticador
- Fortalecer os músculos do pavimento pélvico para ajudar na redução de dor e no aumento do prazer sexual.

Precauções para evitar infeções e prevenir o linfedema

O que NÃO deve fazer:

- NÃO fazer injeções no braço afectado
- NÃO medir a tensão arterial nem extrair sangue no braço afectado
- NÃO dormir sobre o lado operado
- NÃO fazer Acupuntura no braço afectado
- NÃO expor a zona afectada directamente ao sol na praia
- NÃO usar anéis ou mangas apertadas
- NÃO aproximar a metade do torax e braço afectado a fontes de calor
- NÃO tomar banhos muito quentes, nem fazer sauna, banho turco ou piscinas acima dos 21 °C
- NÃO realizar trabalhos pesados e repetitivos
- NÃO transportar pesos e/ou a carteira e/ou crianças no braço afectado

O que DEVE fazer:

- Usar luvas
 - Usar a mão do lado não afectado para utilizar o forno
 - Depilar a axila com máquina de Barbear e ter cuidado ao curtir as unhas
 - Manter a pele limpa e hidratada (creme hipoalergénico)
 - Evitar sal, pimenta e álcool
 - Proteger-se de picadelas de insetos e de plantas
 - Usar mangas compridas para proteger do sol e/ou protetor solar
 - Evitar traumatismos ou queimaduras
- Se lesar a pele desinfete rapidamente com uma solução com álcool várias vezes ao dia.

Recomendações para melhorar o odor corporal

- Tomar um banho diário
- Secar os pés cuidadosamente depois do banho, uma vez que os microorganismos crescem nos espaços entre os dedos húmidos
- Escolher sapatos e meias feitas de materiais naturais (por exemplo, couro), porque podem ajudar a prevenir os pés suados e ajudam os pés a respirarem
- Tentar não usar o mesmo par de sapatos dois dias seguidos
- Usar meias de algodão e lã, pois ajudam a manter os seus pés secos
- Trocar de meias frequentemente
- Escolher roupas de fibras naturais (algodão e seda) que permitem que a pele respire
- Na hora de dormir, aplicar desodorizante para nos pés, evitando os desodorizantes perfumados
- Aprender a controlar o stress, que provoca muitas vezes o aumento da transpiração.

Relaxamento

Existem vários métodos de relaxamento. Um método dos mais eficazes é o relaxamento muscular progressivo de Jacobson, que consiste na contracção e descontração de grupos musculares.

Uma forma de relaxamento fácil de utilizar é a indução da imagem de paz. Utilize um sítio tranquilo e confortável. Feche os olhos, faça respiração abdominal e “transporte-se” para um local que lhe transmite paz (exemplos: praia, campo, lareira acesa...). Tente sentir esse local com todos os seus sentidos: visão, audição, olfacto, tacto e paladar. Pode utilizar uma música de relaxamento para facilitar este processo.

Meditação

Características-chave da meditação

- estado mental activo, mas descontraído
- concentração
- respiração regulada para sincronizar a mente com o corpo
- abstrair-se de distrações e preocupações
- concentração no momento actual
- meditação focada (foco num objecto específico, como um som, uma palavra ou um pensamento)
- introspecção: tem em conta toda a experiência, sem um sentido de sujeito e objecto

Benefícios da meditação

- melhora a função cognitiva
- reduz a ansiedade
- reduz a dor
- potencia o bem-estar psicológico
- aumento da qualidade de vida

Benefícios da espiritualidade

- ajudar os pacientes a atingir uma sensação de paz
- reforçar os sentimentos de esperança
- reforçar o sentimento de dar sentido à vida
- potenciar o apoio social por parte das pessoas que partilham das mesmas crenças espirituais
- poder funcionar como auto-relaxamento em períodos stressantes
- fornecer a sensação de protecção
- poder constituir-se como uma das estratégias de *coping* necessárias para enfrentar o cancro e viver depois da experiência de cancro

Métodos para Gerir Emoções



Recomendações de Atividade Física específicas para Mulheres Adultas Sobreviventes ao Câncer da Mama

- Frequência: 3-5 vezes por semana;
- Intensidade leve-moderada (sentir-se bem, não se sentir exausta);
- Duração de 20-60 minutos;

Exemplos: Caminhada, corridas, bicicleta, natação, hidroginástica, hidroterapia, ginásio ...

Atenção a possíveis sinais:

- Linfedema (ou aumento do mesmo). Quem tem, deve usar da manga compressiva durante a prática de atividade física;
- Aumento da Dor;
- Aumento do "cansaço" no braço.

Como realizar a caminhada:

- Inicie a caminhada com uma passada normal até aquecer (+/- 10 minutos);
- Depois acelere e caminhe 15 minutos de uma forma rápida (mas de forma a sentir-se bem - não deve sentir-se exausta!);
- Os últimos 5 minutos da caminhada devem ser sempre numa passada mais lenta para descansar lentamente.

No final da caminhada realize os exercícios de alongamento

Componentes de aptidão	Variável de formação	Sugestão de plano
Cardiorespiratório	Frequência	3-5 dias por semana
	Duração	20-60 minutos
Muscular	Frequência	2-3 dias por semana
	Duração	1 set de 3 a 20 repetições do exercício
Flexibilidade	Frequência	2-3 vezes por semana
	Duração	15 a 30 seg , 2 a 4 vezes

Método de Resolução de Problemas:

Todos nós conseguimos fazer a resolução dos nossos problemas, contudo, aprender um método organizado para o fazer pode ser útil para situações mais complexas ou para quando nos sentimos perdidos. Este parece ser o método mais eficaz, especialmente quando comparado com a impulsividade e a inatividade / fuga dos problemas.

- 1 - Definição do Problema
- 2 - Geração de Alternativas
- 3 - Avaliação das Alternativas
- 4 - Escolha da melhor Alternativa
- 5 - Execução do Plano Seleccionado
- 6 - Avaliação dos resultados

Respiração Abdominal

- Coloque-se de forma confortável sentado ou deitado
- Coloque a mão no abdómen (barriga) próxima do umbigo;
- Feche os olhos e concentre-se na sua respiração;
- Respire pelo nariz e encha os pulmões de ar, leve-o até o abdómen, percebendo que ele se movimenta. Pode imaginar que está a encher um balão que está dentro da sua barriga. Ao respirar, conte até cinco para que o pulmão e o abdómen fiquem expandidos;
- Solte a respiração pela boca contando até dez esvaziando completamente o pulmão e o abdómen;
- A mão que está sobre o abdómen eleva-se quando inspira e desce quando expira o ar pela boca;
- Repita dez vezes a respiração. Caso sinta tonturas ou veja "bolinhas" ao abrir os olhos, saiba que isso é normal e vai desaparecer. Isso acontece, porque o cérebro recebe mais oxigénio do que está habituado, mas é interessante ir adaptando o ritmo de forma que fique confortável e não gere náuseas.

Incontinência Urinária

A incontinência urinária é a perda involuntária de urina.

Como prevenir e tratar?

1. Estilo de Vida

- Beber 1,5l de água por dia – fora das refeições
- Controlar a obstipação
- Sentar-se durante a micção
- Controlar a frequência urinária:
 - o Micções com intervalos de 3h durante o dia
 - o Contração dos músculos do pavimento pélvico para evitar ir ao wc no 1º desejo miccional (quando intervalo é pequeno)
- + Sempre que sente o 1º desejo miccional deve contrair o pavimento pélvico 15 segundos, 4 a 5 vezes, para controlar a vontade.
- + Se está a realizar uma tarefa e sente o 1º desejo miccional não pare, faça as contrações do pavimento pélvico e concentre-se na tarefa.

2. Fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico

Onde e quando realizar o Treino MPP?

- ⇒ **Realize series de 6 a 8 contrações dos MPP mantidas 8 a 10 segundos 3 a 4 vezes ao dia.**
- ⇒ Realize os exercícios em diferentes posições!
- ⇒ Nunca mais ao longo da sua vida se esqueça de contrair os seus MPP.

Encontre um rotina para se lembrar:

- Quando se senta a ver televisão,
- Quando se deita,
- No carro,
- À espera do autocarro,
- De gatas,
- Deitada de barriga para baixo.

Cole post-its pela casa ou lembretes no telemóvel

Treino dos MPP e a função sexual

Alterações ao nível da função deste grupo de músculos, estão associadas a disfunções sexuais da mulher e do homem. Assim, ambos beneficiam do treino dos MPP para prevenir e/ou tratar disfunções sexuais.

Músculos do Pavimento Pélvico

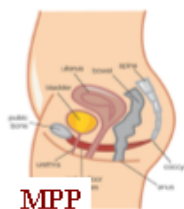


Músculos do Pavimento Pélvico

O pavimento pélvico é formado por músculos e compõe o fundo da cavidade pélvico-abdominal.

Os Músculos do Pavimento Pélvico (MPP) são os responsáveis pelo suporte do útero, bexiga, próstata e intestinos, formando uma parede muscular da parte inferior do abdómen. Os MPP são essenciais para o bom controlo da bexiga e intestinos, assim como da função sexual, porque quer a uretra e a vagina quer o ânus, são rodeados por estes músculos.

A continência urinária é mantida através de forças e depende muito da integridade do pavimento pélvico. Estes músculos adaptam-se às mudanças de pressão abdominal (por exemplo quando tosse) e ao contraírem ajudam a controlar saída de urina. Da mesma forma ajudam no controlo intestinal voluntário, evitando a perda de material fecal e/ou gases



Treino dos Músculos do Pavimento

Pélvico

Os exercícios dos MPP devem ser realizados ao longo de todo o ciclo de vida da mulher de forma a prevenir e/ou tratar várias condições de saúde:

- Incontinência urinária (IU) e urgência urinária
- Na gravidez (factor risco para IU)
- No pós-parto (recuperação)
- Na menopausa e 3ª idade ((factor risco para IU)

Como realizar o treino?

Comece por tomar consciência da localização dos MPP:

- Na posição de sentada, tente “apertar” os músculos à volta do ânus, como se tentasse evitar a saída de gases. Realize este movimento várias vezes de forma descontraída, respirando calmamente.

Depois de perceber onde estão os músculos e como os pode contrair, inicie o treino:

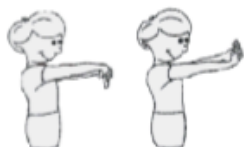
- Contraia os músculos situados em torno do ânus e da vagina de forma a sentir a elevação destes na direcção do umbigo.

- Tente manter a contracção o tempo que conseguir (mínimo de 3 segundos) sem contrair a barriga ou as nádegas e respirando normalmente. Não bloqueie a respiração. Tente contar até 8 durante a contracção e “apertar” com o máximo da sua força.

- Repita o exercício 10 vezes descansando alguns segundos entre cada contracção.

- Contrair de forma rápida e forte estes músculos também é importante para realizar, por exemplo, quando espirra/tosse. Para treinar realize 4 a 5 contracções rápidas seguidas (contrair com o máximo de força e relaxar) no final de cada série de contracções lentas

Realize movimentos de alongamento varias vezes ao dia. Tente relaxar ao realizar estes movimentos. Nestes exercícos pretende-se que mantenha a posição entre 10 a 15 segundos, respirando calmamente durante este período.



Mantendo os braços elevados à altura dos ombros e os cotovelos esticados, com a palma da mão virada para cima puxe a mão para baixo e com a palma da mão virada para baixo puxe a mão para cima. Ajude com a mão oposta a manter a posição. Repita com o outro braço.



Apoie a mão no ombro oposto e com a ajuda da outra mão leve o cotovelo no sentido do ombro oposto. Mantenha a posição e realize com o outro braço..



Coloque a mão atrás da nuca e com a outra mão segure o cotovelo atrás da cabeça e puxe um pouco. Mantenha a posição e troque de braço.



Um braço ao longo do tronco e a outra mão segura na cabeça inclinando-a para esse lado. Enquanto mantém a inclinação da cabeça o braço do lado oposta alonga no sentido do chão. Mantenha a posição e repita do outro lado.



Com as mãos atrás das costas, afaste os braços das costas esticando os cotovelos. Mantenha a posição



Leve o braços acima da cabeça e com as palmas das mãos viradas para cima alongue do sentido do tecto. Mantenha a posição.



De frente para uma parede ou porta, coloque as mãos na parede à altura de ombros e vá subindo pela superfície até à máxima altura possível. Mantenha a posição de alongamento 10 segundos.

Exercícios para promoção da funcionalidade do membros superiores



Repita cada exercício 10 vezes inspirando na posição inicial e expirando pela boca suavemente durante o movimento.

Mantendo a sua coluna direita, apoie a outra mão numa superfície de forma a ter espaço livre para realizar círculos com o braço. Realize movimentos para a frente e para trás e em círculos num e noutro sentido com o cotovelo esticado. Tente manter o ombro relaxado.



Realize movimentos amplos com os braços, desde uma posição junto às pernas até outra acima da cabeça batendo as palmas das mãos.

Com a ajuda da toalha, tente juntar as mãos uma a outra como mostra na figura. Mantenha as costas direitas.



Suportando a toalha acima da cabeça, mantenha um braço alongado com a ajuda do outro. Vá alternado de braço e mantenha as costas direitas.

Suportando uma toalha ou bastão, mantenha as mãos alinhadas com os ombros e os cotovelos esticados. Eleve os braços acima da cabeça.



Segurando a toalha ou bastão, movimente os braços lateralmente num e noutro sentido. Inicia com os braços em frente ao tronco, realiza o movimento para a esquerda e volta à posição inicial. Depois repete para a direita.



Com as mãos atrás das costas, afaste o bastão mantendo os cotovelos esticados.

Com as mãos atrás da nuca, afaste os cotovelos e una as omoplatas. Realize o movimento calmamente sem provocar dor e sem inclinar a cabeça para a frente. Mantenha a cabeça direita.



Na mesma posição dobre e estique os cotovelos. Mantenha sempre as suas costas direitas.



Anexo H: Tabela de Resultados

Tabela 4

Diferenças entre os grupos no pós-teste

	Grupo de intervenção (GI)			Grupo de controlo (GC)			U, p
	n=10			n=11			
	Pós-teste			Pós-teste			
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP	
Coping							
Individual	37.44	34	9.67	32.18	32	5.17	33, .21
Interpessoal	11.60	7.5	9.80	17.3	17.5	6.17	31.5, .16
Sintomatologia							
EADH Ansiedade	5	4	3.71	5.64	6	2.80	42.5, .59
EADH depressão	2.9	3	2.08	4.91	5	3.3	87.5, .14
QLQ-C30							
Estado geral de saúde, QdV	78.33	83.33	19.72	62.12	66.67	17.62	28.5, .06
Função física	79.33	83.33	20.72	81.21	86.67	11.86	52.5, .86
Função do papel	88.33	100	22.29	87.88	100	15.08	48.5, .60
Função emocional	90.83	91.67	10.72	71.97	75	21.50	24, .03
Função cognitiva	85	83.33	16.57	83.33	83.33	14.91	50, .70
Função social	91.67	100	18	96.97	100	10.05	48.5, .45
Fadiga	28.89	33.33	20.42	22.22	22.22	17.21	44, .43
Náusea e vômito	5	0	11.25	4.55	0	7.78	52.5, .81
Dor	31.67	33.33	22.84	25.76	33.33	20.23	45.5, .49
Dispneia	6.67	0	14.05	0	0	0	44, .13
Insónia	26.67	0	40.98	21.21	0	26.97	55, 1.00
Perda de apetite	26.67	16.67	34.43	6.07	0	13.48	35.5, .10
Obstipação	16.67	0	32.39	15.15	0	17.41	49, .62
Diarreia	3.33	0	10.54	3.03	0	10.05	54.5, .95
Dificuldades financeiras	20	0	32.20	15.15	0	22.92	52.5, .84
Imagem corporal	85.19	100	28.42	92.42	100	13.15	48, .89
Função sexual	73.33	66.67	17.92	77.27	66.67	21.44	47, .55
Satisfação sexual	61.11	66.67	13.61	55.56	66.67	17.21	15, .52
Perspetivas futuras	74.07	100	40.06	72.73	66.67	32.72	44.5, .68
Efeitos colaterais terapia	14.88	7.14	15.15	12.99	9.52	8.54	40, .74
Sintomas da mama	17.5	9.17	24.67	16.67	16.67	13.94	49, .66
Sintomas do braço	27.78	16.67	30.65	27.27	22.22	20.71	50.5, .71
Incomodo queda do cabelo	20	33.33	18.26	-	-	-	-

Autoconceito total	77.7	72.5	7.86	64.73	66	4.2	22, .02
Aceitação/rejeição	19.9	20.5	2.61	17.18	17	2.18	24.5, .03
Autoeficácia	24.2	23.5	3.12	23	23	2.1	47, .57
Maturidade psicológica	16.6	16	2.5	14.55	15	1.52	24.5, .03
Impulsividade/atividade	12	12	2.05	10	10	1.1	23, .02

M: Média, Mdn: Mediana, DP: Desvio Padrão, U: Teste de Mann-Whitney, p: probabilidade

